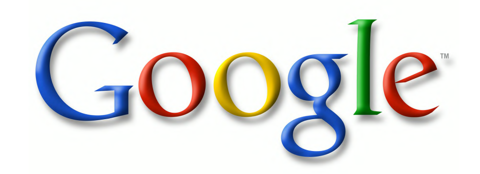
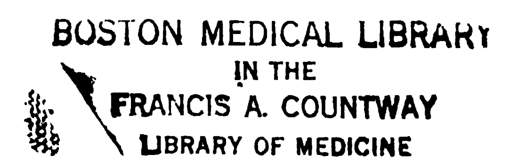



BOSTON MEDICAL LIBRARY
IN THE
FRANCIS A. COUNTWAY
LIBRARY OF MEDICINE

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Leipzig,
Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel.
1875.

Originalmittheilungen.

Namenregister.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen deuten auf Originalmittheilungen.)

Sachregister.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen.)

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 1. **Sonnabend, den 2. Januar.** **1875.**

Zur Lehre von der Brucheinklemmung.

Von

Prof. **Dr. Kocher** in Bern.

Aus einer Reihe von Versuchen, welche Herr Cand. med. Körber unter meiner Leitung anstellt, sei es gestattet, eine kurze Mittheilung zu machen.

Da die schönen Versuche von Lossen so leicht nachzumachen und physikalisch so wohl begründet sind, so zweifelten wir zunächst nicht an deren Richtigkeit, suchten aber die Wirkung der vorgeschlagenen »Seitenbewegung« für die Taxis aufzuklären. Für diese schien uns die Lossen'sche Erklärung unzureichend. Denn wenn man — wie Lossen annimmt — nicht im Stande ist, den Inhalt der Schlinge ins obere Darmende zu entleeren, so wird von einem »Abheben« der mesenterialen Darmwand des abführenden Endes von

der gegenüberliegenden auch nicht so ohne Weiteres die Rede sein dürfen.

Wir machten Injectionen mit Wasser und Wachs nach Angabe, sowie mit Gelatine, welche des langsameren Erstarrens halber besser zu handhaben ist. Wir mussten uns nun bald überzeugen, dass in der Seitenbewegung allein nicht die Hauptwirkung dieser Methode liegt. Fasst man nämlich die Schlinge an der Spitze und bewegt sie sorgfältig nach der zuführenden Seite, so gelingt die Taxis nicht immer. Uebt man aber an derselben zugleich einen Zug aus oder führt man die Bewegung so aus, dass man die Schlinge von der abführenden Seite her gegen die zuführende herüberdrückt, so gelingt die Entleerung sofort. Dabei ist es gleichgültig, ob man auf die abführende Seite des abführenden oder zuführenden Darmtheils drückt*).

Ganz besonders exquisit aber ist die Wirkung der »Seitenbewegung«, wenn man an Därmen experimentirt (unsre meisten Versuche sind an menschlichen Därmen gemacht, einzelne an Schweinsdärmen), bei welchen das Mesenterium erhalten ist. Fixirt man Letztres von der Bauchhöhlenseite her, so entleert sich bei Seitenbewegung die eingeklemmte Schlinge sofort. Allein man hat die Seitenbewegung nicht einmal nöthig: man kann auch durch blossen Gegenzug an der Spitze der Schlinge in der gegebenen Richtung die Entleerung herbeiführen.

Endlich gelingt die Entleerung der Schlinge auch sehr sicher, wenn man bei einfacher Compression derselben das zuführende Ende in der Bauchhöhle nach der zuführenden Seite hin bewegt, resp. wenn man von der abführenden Seite her einen Druck auf dasselbe ausübt. In letzterem Falle kann wohl von einer Abhebung der mesenterialen Wand des abführenden Darmendes keine Rede sein.

Vielmehr ergiebt die Beobachtung — und durch rasche Erstarrung von Wachspräparaten lässt sich dies auch demonstriren, dass die Geradestreckung der mesenterialen Wand des zuführenden Darmtheils im Bereich der Bruchpforte denjenigen Druck aufhebt, welcher die Einklemmung verschuldet. Wenn man z. B. die Seitenbewegung der Darmschlinge macht, so bringt man die mesenteriale Wand des zuführenden Theils ausserhalb der Bruchpforte in die Richtung derselben Wand innerhalb der Bauchhöhle. Die Seitenbewegung hat aber ihre volle Wirkung nur, wenn man die mesenteriale Wand dabei durch Zug anspannt oder wenn man sie direct im Bereich der Bruchpforte hinüberdrückt.

Macht man die Seitenbewegung des zuführenden Schenkels innerhalb der Bauchhöhle, so wird die convexe Ausbuchtung desselben nach der abführenden Seite hin in die Richtung der Berührungslinie beider mesenterialen Wände der Schlinge gebracht.

Die »Seitenbewegung« wirkt also durch Aufhebung der Ab-

*) Ich spreche der Kürze halber einfach von abführender und zuführender Seite der ganzen Darmschlinge, was wohl ohne Erklärung verständlich ist.

knickung nach der abführenden Seite zu oder Umwandlung dieser in eine Abknickung nach der zuführenden Seite zu. Muss schon die von Lossen empfohlene Taxis darauf hinweisen, dass die ältre Theorie von Busch ihre Geltung hat, so lehren einige Versuche mit Caoutschuk-Schläuchen, welche wir angestellt haben, dass sie ein wichtiges ursächliches Moment bei der Einklemmung darstellt. Lässt man unter ziemlich starkem Druck einer Wasserleitung Wasser durch eine annähernd kleinfingerdicke Caoutschuk-Drainröhre hindurchfliessen, welche in Form einer Schlinge durch ein 2 Cm. breites Loch gezogen ist, so fliesst anfänglich das Wasser mit Kraft aus dem abführenden Schenkel einfach aus. Hält man nun Letztren an seinem Ende zu (also gleichsam in der Bauchhöhle), so fängt das Rohr an sich aufzublähen, erst ziemlich gleichmässig, dann an einzelnen Stellen mehr. Es gelingt aber leicht, die Dehnung so zu reguliren, dass sie gleichmässig an dem zuführenden Schenkel vor und hinter der Bruchpforte eintritt und dann erst langsam nach dem abführenden Ende fortschreitet. Wenn nun schon die Dehnung innerhalb und ausserhalb der Bruchpforte am zuführenden Schenkel weit über den Durchmesser der Bruchpforte gediehen und die Wand prall gespannt ist, so fliesst bei Nachlass des Verschlusses stets noch das Wasser kräftig aus. Es ist dies leicht erklärlich, weil ja von Anfang an die Wassersäule und mit ihr der Druck sich durch das abführende Ende in der Bruchpforte hindurch bis zum Verschluss fortsetzt und der neue Zufluss von Wasser stetig und langsam geschieht. Allmälig indess wird der ausfliessende Wasserstrahl dünner, bis von einem gewissen Augenblick ab nichts mehr ausfliesst. Zu dieser Zeit ist entweder die eingeklemmte Schlinge ganz ausgedehnt bis ins Niveau der Bruchpforte, oder nur der zuführende Schenkel bis zur Spitze der Schlinge.

Bei der geschilderten Form der Einklemmung ist der Druck im zuführenden Schenkel in der Bruchpforte offenbar ungenügend, den abführenden Schenkel zu verschliessen, vielmehr kann man sich überzeugen, dass der Verschluss durch Abknickung zu Stande kommt und zwar in der Weise, dass die der Pforte anliegenden Theile des zuführenden Schenkels sich so hochgradig nach den Seiten dehnen, dass der abführende Schenkel innerhalb und ausserhalb der Bruchpforte nach der Seite geschoben wird, bis die Knickung am Rande des Bruchringes das Lumen verschliesst. Es ist sehr leicht zu demonstriren, welchem kolossalen Drucke die Knickung eines Caoutschukrohres, selbst wenig über den rechten Winkel Widerstand zu leisten vermag.

Bewegt man nach geschehener Einklemmung den zuführenden Schenkel ausserhalb und namentlich innerhalb der Bruchpforte nach der zuführenden Seite hin, oder drückt man von der abführenden Seite her die gedehnte Wand desselben etwas zusammen, so fliesst sofort wieder Wasser ab: die Abknickung wird ausgeglichen, während an dem Drucke innerhalb der Bruchpforte nichts geändert, der-

selbe ja im Gegentheil noch etwas vermehrt wird.

Es ist uns noch auf andre Weise gelungen, die Rolle darzuthun, welche die Abknickung bei der Einklemmung spielt. Wir machten statt eines einfachen Loches ein solches mit einer dünnen medianen Scheidewand, wo von einem Verschluss durch Druck des zuführenden Darmtheils auf den abführenden innerhalb der Bruchpforte nicht die Rede sein konnte. Auch so ist uns die Einklemmung gelungen — wie der Durchschnitt lehrte, durch Abknickung des abführenden Endes in Folge der Blähung des zuführenden Endes inner- und ausserhalb der Bruchpforte. Freilich gelingt bei einer solchen Doppelöffnung die Einklemmung ungleich schwieriger, zum Beweis, dass die Blähung des zuführenden Schenkels in der Bruchpforte selber die Abknickung in hohem Maasse begünstigt.

Wir kommen in Uebereinstimmung mit Busch*) zu dem Schluss: 1. Die Obturation des Bruches beginnt mit dem Verschlusse des ausführenden Schenkels der Schlinge. 2. Dieser Verschluss erfolgt durch die Abknickung des Darmrohrs am Bruchringe. Allein wir können seinem Satze 3 und 4 nicht beistimmen. Darin freilich stimmen wir mit Busch überein, dass bei der Anfüllung des abführenden Schenkels der Schlinge die mesenteriale Berührungswand wieder nach der zuführenden Seite verschoben wird, so dass sie schliesslich ganz senkrecht von der Pforte aufsteigt, während sie anfänglich — als blos noch der zuführende Schenkel der Schlinge sich füllte — nach der abführenden Seite hin ausgebuchtet war. Auch dies kann man an sehr elastischen Caoutschukröhren viel besser studiren, als an Därmen, weil bei jenen der ganze Vorgang erheblich verlangsamt wird. Es müsste also auch im Niveau der Bruchpforte die mesenteriale Berührungswand von der abführenden Seite abgedrängt werden, bis sie in der Mitte der Bruchpforte stehen bliebe, wenn nicht das Vordringen des Wassers (resp. Darminhaltes) hier noch einen anderen Widerstand fände, als weiter nach der Spitze der Schlinge zu. Lossen hat nun willkürlich angenommen, dass dieser Widerstand einfach in dem vollständigen Zusammengepresstsein der Wände des abführenden Schenkels durch den im zuführenden vorhandenen Druck innerhalb der Bruchpforte liege. Wir haben noch einige weitere Experimente angestellt, um zu zeigen, dass dieser Druck allein zum völligen Verschluss nicht genügt.

Zieht man über den zuführenden Schenkel innerhalb der Bauchhöhle ein Rohr von unelastischem Zeug, so dass jener bis auf 1—$1/2$ Cm. an die Bruchpforte heran nicht erheblich über den Durchmesser der letzteren sich ausdehnen kann, so kommt es nicht zur Einklemmung. Ebensowenig gelingt dieselbe, wenn man, ohne Berührung des in der Bruchpforte liegenden Darmstückes durch ein senkrecht zur Ebene der Pforte stehendes Stäbchen die Blähung des zuführenden Schen-

*) s. Centralbl. f. Chir. 1874. No. 34.

kels (innerhalb der Bauchhöhle) nach der abführenden Seite hin unmöglich macht.

Wir kommen demgemäss zu dem Schluss: 3. Die Abknickung ist Folge der Blähung des zuführenden Schenkels, welche innerhalb der Bauchhöhle den abführenden Schenkel im rechten Winkel von der senkrecht herabsteigenden mesenterialen Darmwandduplikatur der Schlinge abknickt.

Hierin liegt der Unterschied unserer Auffassung von derjenigen von Busch, dass dieser Autor die Knickung ausserhalb, wir innerhalb der Bruchpforte finden, wir dieselbe durch die Blähung, resp. den Druck im zuführenden Schenkel, Busch sie durch die Streckbewegung der Schlinge erklärt.

Gegenüber der Auffassung von Lossen, mit welcher sie freilich nahe genug verwandt ist, hat die unsrige einmal den Vortheil, dass sie den Nutzen der »Seitenbewegung« sofort klar macht, es auch begreiflich macht, warum ein gleichzeitiger Zug oder ein solcher allein die Wirkung erheblich sicherer macht (indem die Streckung der mesenterialen Darmwand auch auf den geblähten Darm innerhalb der Bauchhöhle einen Druck auszuüben vermag). Sie erklärt auch, dass ein Druck von der abführenden Seite her und zwar um so sicherer, je weiter man den Finger in die Bruchpforte einsetzt, die Reposition bewirken kann.

Ein zweiter Vortheil liegt darin, dass in dem zuführenden Schenkel nicht der ausserordentlich hohe Druck angenommen zu werden braucht, welchen Lossen nöthig hat. Zum vollkommenen Verschluss eines mehr oder weniger elastischen Rohres durch Compression braucht es ungleich grössere Kraft, als zum Verschluss durch Abknickung. Es bleibt demnach bei der Abknickungstheorie auch die einfache Compressionstaxis zu Ehren bestehen, deren Werth ich noch seit den Lossen'schen Publikationen zu demonstriren Gelegenheit gehabt habe.

Ich darf schliesslich nicht unterlassen, beizufügen, dass bei Vergleich der Experimente mit den Verhältnissen am Lebenden mit den engen Bruchpforten und turgescenten Därmen nebst Mesenterium man zu der Ueberzeugung kommt, dass verhältnissmässig häufig ein absolutes Missverhältniss zwischen Inhalt und Bruchpforte bestehen muss, so dass unter besonders günstigen Verhältnissen Darminhalt in die Schlinge gepresst, aber sofort durch Faltung der Darmwände (wenn man nach Roser lieber will: durch Klappenbildung) oder durch baldige Schwellung beide Darmlumina im Bereich der Bruchpforte verschlossen werden.

Bern, 15. December 1874.

A. Bonnière. Du pansement des plaies par l'immersion continue dans l'eau alcoolisée et pheniquée à 30°.

(Le Mouvement médical 1874. No. 46.)

Nach günstigen Resultaten, die B. während der Belagerung von Paris mit der Irrigation von Schusswunden und complicirten Frac-

turen und während der Commune mit der Immersion obiger Verletzungen in fliessendem Wasser erhalten, führte er am 18. September d. J. eine Exarticulation nach Chopart aus, wegen Caries der Metatarsalknochen, des Kahn- und des Würfelbeins und zwar mit Abtragung der Gelenkflächen des Talus und Calcaneus. Die Lappen wurden nach Einführung einer Charpiewieke mit vier Metallligaturen vereinigt und der Stumpf in einen Kautschukbeutel gehüllt, der über den Malleolen eng anschliessend, mit einem Zuleitungs- und einem Abflussrohr, ebenfalls aus Kautschuk, versehen war. Aus einem etwa 1 Meter hoch über dem Stumpf angebrachten und auf 30° erwärmten Reservoir strömte eine Flüssigkeit, die 10 % Alkohol und 1 pro mille Carbolsäure enthielt, unaufhörlich durch den Beutel, um in einem unterstellten Gefäss aufgefangen zu werden. Verf. meint, man könne dies Spülwasser nach Filtration und Erwärmung noch mehrere Tage wieder benutzen (!). Klemmschrauben an den Schläuchen regeln Ab- und Zufluss der Flüssigkeit. Mit dieser Methode, die als eine Combination von Immersion und Irrigation bezeichnet wird, die aber besser als continuirliche Immersion in fliessendem Wasser zu benennen wäre, erzielte Verf., wie viele Andere vor ihm, einen günstigen Heilungsverlauf des Amputationsstumpfes: fast überall Vereinigung per primam intentionem, keine Eitersenkungen und volle Vernarbung der Wunde bereits nach 12 Tagen. Weiteres wird über den Pat. nicht mitgetheilt. — Die Vorzüge, welche B. diesem besonders für Traumen von ihm empfohlenen Verfahren vindicirt, sind nur zu oft hervorgehoben, als dass sie der Wiederholung bedürften. Es mag nur, um den Standpunct des Verf. zu präcisiren, hervorgehoben werden, dass er in der fortwährenden Bespülung des Stumpfes mit gekochtem Wasser einen besseren »Schutz« der Wunden vor der Luft sieht, als in der Einhüllung der letzteren in Watte. Der Zusatz von Alkohol und Carbolsäure soll die Zersetzung der Albuminate hindern und die putride Infection unmöglich machen. Ferner bedingt die strömende Bewegung des Wassers, dass der Eiter fort und fort weggespült werden soll, dass es also zu keiner Stagnation desselben, zu keinen Eitersenkungen komme. Endlich stellt es sich Verf. leicht vor, die Temp. des Wassers continuirlich auf 30° zu erhalten und empfiehlt zu dem oben angegebenen Gehalt des Wassers an Antisepticis nach und nach aufzusteigen. Auch die Constriction des Gliedes durch den Kautschukbeutel, da wo er anliegt, sei ohne Gangrän zu bewirken, genügend um die Gefässe zu comprimiren und secundäre Hämorrhagieen zu verhüten. Also Occlusivverband durch Wasserabschluss mit Rieselung, eine Methode, welche in der deutschen Chirurgie schon seit einer Reihe von Jahren die richtige Würdigung ihrer etwaigen Anwendbarkeit gefunden, und zwar auf Grund eines umfassenderen statistischen Materials, als desjenigen, über welches Verf. zu gebieten scheint.

Lesser (Berlin).

H. Koehler. Vergleichend-experimentelle Untersuchungen über die physiologischen Wirkungen des Ergotin Bonjean und des Ergotin Wiggers.

(Virch. Archiv 1874. Bd. LX. p. 384.)

Die als »Ergotin« betitelten Substanzen sind nichts weniger als rein dargestellte chemische Verbindungen, sondern Mischungen. Das von Wiggers dargestellte Ergotin entspricht der Summe aller im Wasser unlöslichen, das Ergotin Bonjean der Summe aller im Wasser löslichen Bestandtheile des Mutterkornes. K. stellte eine vergleichende Untersuchung über die Wirkungen beider Extracte an. Wir verzichten auf ein Referat über die zahlreichen mitgetheilten Experimente und theilen nur das Resumé mit, welches K. aus seinen Untersuchungen zieht. Die Ergotine Bonjean und Wiggers differiren nicht nur in ihren Löslichkeitsverhältnissen, sondern auch in ihren physiologischen Wirkungen durchaus. Ergotin B. reizt die im Herzen gelegenen Hemmungscentren und das vasomotorische Centrum in der Medulla oblongata. Pulsverlangsamung, Verengerung des Lumens der Arteriolen und Blutdruckssteigerung sind die Folgen hiervon. Sehr grosse Dosen bedingen sofortige Herzlähmung, wobei auch die Herzmuskulatur für Inductionsströme unerregbar wird. Dem Ergotin W. gehen diese Wirkungen gänzlich ab. Dagegen äussern die Bestandtheile des Letzteren Wirkungen, welche denen der Narcotica acria an die Seite zu stellen sind. Nicht nur scheint die nach grossen Gaben Mutterkorn beobachtete Reizung der mucosa des Magens und Darms von dieser Einwirkung abzuhängen, sondern die mit Ergotin W. vergifteten Thiere verfielen auch in tonische Krämpfe und wurden durch heftige Convulsionen erschüttert — Erscheinungen, welche nach Einverleibung auch sehr grosser Dosen Ergotin B. nie beobachtet wurden. Die Temperatur setzen beide Ergotinspecies herab; beide bedingen auch Retardation der Respiration (E. W. energischer). E. B. setzt die Erregbarkeit der peripheren motorischen Nerven, wenn es mehr oder weniger direct damit in Berührung kommt, herab; E. W. dagegen erhöht ihre Erregbarkeit. Die Pupille wird durch beide erweitert; doch wurde auch Myosis beobachtet. — Beide Arten Ergotin vermindern die Erregbarkeit der peripheren sensiblen Nerven; beide äussern auf die quergestreiften Muskeln keinerlei deletären Einfluss. Wo die gefässcontrahirende (hämostatische), pulsverlangsamende, temperatur- und reflexherabsetzende Wirkung des Mutterkorns therapeutisch indicirt ist, wird man sich ausnahmslos des Ergotin Bonjean, in welches keinerlei, die Eigenschaften eines Narcoticum acre zeigende Bestandtheile der Drogue übergehen, zu bedienen haben. Ergotin Wiggers ist als Hämostaticum unbrauchbar und steht seiner scharf narkotisch wirkenden Bestandtheile wegen auch als temperatur- und reflexherabsetzendes Mittel dem Ergotin Bonjean nach. Sofern vielleicht die erhöhte Erregbarkeit der peripheren motorischen Nerven, welche die in Alkohol übergehenden Bestandtheile des Mutterkorns

bedingen, bei der wehenbefördernden Wirkung des Mutterkorns eine Rolle spielt, dürfte, um Wehen hervorzurufen, Mutterkorn in Substanz dem Ergotin Bonjean vorzuziehen sein.

Madelung (Bonn).

Rouge. Nouvelle méthode pour le traitement chirurgical de l'ozène.

(Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande 1872. No. 10 u. 11. 1873. No. 1. 1874. No. 10.)

Nach Verf.'s Ansicht handelt es sich bei Ozaena nicht nur um eine putride Zersetzung stagnirender Eiter- oder Schleimmassen; nach den verschiedenartigsten Operationen in der Nasenhöhle, bei Variola-, Typhus- und Rotzgeschwüren habe man vielleicht einige Mal üblen Geruch, aber nie den charakteristischen Ozaenagestank beobachtet. Dem Uebel liegt stets eine Erkrankung des Knochengerüstes der Nasenhöhle zu Grunde. Verf. hat sie auch bis jetzt in jedem Fall nachweisen können. Demnach ist eine radicale Heilung dieses lästigen Zustandes, wie man es schon vor Celsus wusste, in den allermeisten Fällen nur durch einen operativen Eingriff zu erwarten.

Zwei Indicationen müssen aber durch die Operationsmethode erfüllt werden:

1) Die weiteste Eröffnung der Nasenhöhle, um eine gründliche Besichtigung derselben und eine leichte Entfernung aller kranken Knochentheile zu ermöglichen.

2) Die Vermeidung jeder Verunstaltung durch Narben am Gesicht.

Diesen Anforderungen entspricht folgendes vom Verf. angegebenes Verfahren:

Man spaltet durch die rima oris die Mundschleimhaut in ihrer gingivo-labialen Umschlagsfalte und zwar in der Entfernung vom ersten linken bis zum ersten rechten Backzahn. Man dringt in dieser Breite bis zur Spina nasal. ant., trennt dann mit einer Scheere die beiden Nasenflügel und das Septum cartilagineum vom Oberkiefer ab, bis man Nase sammt Oberlippe nach oben auf die Stirne zurückklappen kann. Jetzt bekommt man durch die aufgespannte Mundspalte den freiesten Einblick in die Nasenhöhle. Sollte das Septum noch geniren, so kann es durchgeschnitten oder theilweise entfernt werden.

Nun nimmt man vorhandene nekrotische Knochenstücke heraus; cariöse Stellen müssen gründlich ausgelöffelt werden; häufig ist man gezwungen, grosse Theile des Siebbeinlabyrinths auszuräumen. Sollte man nicht gleich im Anfang auf erkrankten Knochen stossen, so wird eine recht genaue Untersuchung doch stets den Krankheitsherd auffinden lassen.

Die Blutung ist gewöhnlich mässig und lässt sich durch kaltes Wasser stillen; ein einziges Mal sah sich Verf. zur Tamponade genöthigt.

Um die Patienten ruhiger chloroformiren zu können, ist es auch rathsam, die Choanen vorher auszustopfen.

Nach Beendigung der Operation werden Lippe und Nase in die alte Lage zurückgebracht, indem man darauf achtet, dass letztere recht genau zu stehen kommt. Es wird Nichts genäht.

Die Reaction nach dem Eingriff ist merkwürdig gering; die Wiederanheilung der Lippe macht sich meist per primam.

Die Erfolge sind glänzend; von 31 Fällen (24 W., 7 M.) wurden 28 radical geheilt, trotzdem einzelne Patienten seit mehr als 20 Jahren an dem Uebel litten. Zwei Mal wurde nur Besserung erreicht, wahrscheinlich weil nicht alles Kranke herausgenommen wurde. In einem einzigen Fall hatte die Operation den Tod zur Folge. Das Siebbein der rechten Seite war so sehr erkrankt, dass die lamina papyracea durchgebrochen und somit die Orbitalhöhle eröffnet werden musste. Bei der Section fanden sich Thrombose der Vena ophthalmica und eitrige Meningitis.

Verf. hatte jedoch kurze Zeit vorher einen jungen Mann operirt, bei welchem die ganze lamina papyracea ausgeräumt worden war, ohne dass sich darnach die geringste Reaction zeigte.

Girard (Strassburg i/E.).

C. Sédillot. De la trépanation préventive et exploratrice dans les fractures de la table interne ou vitrée du crâne.

(Comptes rendus 1874. T. 79. p. 836—844.)

Auf Grund seiner reichen Erfahrung auf dem Gebiete der Schädelverletzungen kommt S. bezüglich des Werthes und der Zulässigkeit der primären oder Frühtrepanation zu Ergebnissen, die er etwa in folgende Puncte zusammenfasst:

1) Die Frühtrepanation hat bei allen Splitterfracturen der inneren Schädeltafel die besten Erfolge aufzuweisen.

2) Die Indication zu dieser Operation ist bei einer äusseren sternförmigen oder linearen Schädelfractur mit Depression geradezu als absolut zu bezeichnen.

3) Dagegen kann man von der Frühtrepanation bei einfachen lineären Continuitätstrennungen ohne Knochendislocation für's Erste Abstand nehmen.

4) Die Diagnose einer Fractur der inneren Schädeltafel ergiebt sich häufig aus der Art des Trauma und der Gewalt, mit der es eingewirkt, den Symptomen der Auscultation und Percussion, der Thermometrie und der Explorativtrepanation. Aus der Auscultation in sofern, als die respiratorischen Bewegungen des Gehirns und die dadurch bedingten rhythmischen Erhebungen der dura mater beim Vorhandensein von Knochensplittern wahrnehmbare Reibegeräusche erzeugen, aus der Percussion, indem Veränderungen in der Dicke des Schädels, wie sie durch Fracturen der inneren Tafel gesetzt werden, den Percussionsschall modificiren. Wenigstens haben Dolbeau und Felizet beträchtliche Schalldifferenzen erkannt zwischen der Seite, auf welcher die Fractur besteht und der unverletzten, und auch an-

dere Chirurgen wollen diese Erscheinung constatirt haben. Ferner ist in der Gegend der Fractur, wie schon die älteren Aerzte wussten, eine Temperaturerhöhung nachweisbar. S. schlägt als ein weiteres diagnostisches Verfahren die Anwendung des Explorativtrepans vor. Findet man, nachdem man durch die tabula externa hindurchgedrungen ist, Knochenfragmente, so entfernt man diese, anderenfalls lässt man die Glastafel intact. Man kann hiergegen anführen, dass die Verletzung der Diploë den häufigsten Ausgangspunct für Pyämie und Septicämie abgebe. Indess wird man, meint S., dieser Complication durch antiseptische Verbände erfolgreich begegnen können.

5) Die Anwesenheit einer äusseren Fractur spricht nicht gegen die Möglichkeit einer Fractur der Glastafel. Wenn die Auscultation und Percussion, die Gewalt und die Natur des verletzenden Körpers (insbesondere kommen Schusswunden hierbei in Betracht) nicht genügende Anhaltspunkte bieten, um auf Grund derselben zum Explorativtrepan zu greifen, so muss man sich darauf beschränken, den Kranken sorgsam zu überwachen und sobald drohende Symptome auftreten, ungesäumt trepaniren.

6) Schon die vorliegenden Erfahrungen sprechen unzweifelhaft zu Gunsten der antiseptischen Verbände bei Schädelwunden. Hierauf bezügliche, gewiss höchst interessante Mittheilungen stellt S. weiterhin in Aussicht. **J. Munk** (Strassburg i/E.).

A. G. Berglind (St. Petersburg). Ueber die Massage.

(St. Petersb. med. Zeitschrift 1873/4. Bd. IV. Hft. 5. p. 407.)

Verf. giebt eine begeisterte Schilderung der Massage nach der neueren Mezger'schen Methode, deren »glänzende Resultate« er physiologisch zu erklären und durch eine Anzahl Krankengeschichten aus seiner eigenen und der Mezger'schen Praxis zu belegen versucht. Es werden nach der französischen Terminologie 4 verschiedene Arten von Manipulationen bei der Massage unterschieden:

1) Effleurage, besteht in einem leisen, oberflächlichen und langsamen Streichen mit der flachen Hand in centripetaler Richtung. Sie wird bei acuter Entzündung, namentlich acuter Synovitis, angewandt und bezweckt, »die Aufnahme von Lymphe und Entzündungsproducten in die Cirkulation und die Wegschaffung derselben durch das Gefässsystem zu befördern«.

2) Massage à friction, besteht in kräftigem, cirkulärem und centripetalem Reiben und eignet sich besonders für chronische Synovitis, Myositis, Erguss in Sehnenscheiden. Durch den mechanischen Druck sollen die neugebildeten Gefässe und halborganisirten Entzündungsproducte zerdrückt und ihre Resorption befördert werden.

3) Pétrissage, besteht in der Knetung einer Muskelpartie bei entzündlicher Muskelanschwellung, acutem und chronischem Muskelrheumatismus.

4) Tapotement, bedeutet das Schlagen oder Klopfen eines Körpertheiles mit geballter Hand bei Neuralgie und peripherer Paralyse.

In Betreff der Beweiskraft der mitgetheilten günstigen Erfolge muss auf das Detail im Original verwiesen werden.

P. Bruns (Tübingen).

H. Frölich. Ueber eine die Kriegschirurgie des Mittelalters betreffende Entdeckung.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1874. Hft. 11.)

Aus dem uns handschriftlich überkommenen und erst 1868 von Haeser und Middeldorpf mit Erläuterungen herausgegebenen »Buch der Bündth-Ertznei, von Heinrich von Pfolsprundt, Bruder des deutschen Ordens. 1460«, der ältesten bis jetzt bekannten litterarischen Quelle deutscher Chirurgie, erfahren wir durch Verf. aus einigen citirten Stellen, dass Verletzungen durch Feuerwaffen schon um diese Zeit, also um die Mitte des 15. Jahrhunderts, Gegenstand der kriegschirurgischen Behandlung waren, während bekanntlich der kriegerische Gebrauch des Schiesspulvers bereits vor die Mitte des 14. Jahrhunderts fällt (Billroth, Historische Studien, p. 3). Verf. betont diesen Fund gegenüber der ausdrücklichen Angabe der beiden Herausgeber H. und M., dass v. Pfolsprundt die Schusswunden in seinem Buche nirgends erwähne. Die litterarische Erstgeburt deutscher Kriegschirurgie gehöre somit nicht dem Jahre 1497 (der Chirurgie von Braunschweig), sondern dem Jahre 1460 an.

Arn. Hiller (Berlin).

F. E. Hyde (New York). A comparison of the results of treatment of 308 cases of fracture of the thigh.

(New York med. Journal 1874. No. 115. p. 368.)

Verf. giebt eine sehr dürftig ausgeführte statistische Tabelle über 308 Fälle von Oberschenkelfracturen, welche vom Jahre 1865—73 im Bellevue-Hospital behandelt worden sind. In 111 Fällen sind Messungen in Betreff der Verkürzung des Gliedes bei vollendeter Heilung notirt; darunter finden sich 19 Fälle (17%) ohne Verkürzung geheilt, die durchschnittliche Verkürzung beträgt bei Ausschluss der ohne Verkürzung geheilten Fälle 3/4 Zoll, bei Einschluss der letzteren 1/2 Zoll. In 8 Fällen trat keine Vereinigung, in 35 Fällen der tödtliche Ausgang ein.

P. Bruns (Tübingen).

E. Mann (New York). Nasal catarrh, its pathology and treatment.

(New York med. Journal 1874. No. 115. p. 337.)

Die Besprechung der Pathologie des acuten und chronischen Nasalkatarrhs enthält nur Bekanntes. Die Behandlungsmethode des

Verf.'s besteht neben der Application der Nasendouche namentlich in dem Eintreiben von Joddämpfen in die Nasenhöhle mittelst eines eigens hierzu construirten Apparates. Derselbe ist aus Hartkautschuk gefertigt und enthält in seinem Innern einen mit Jodtinctur getränkten Schwamm, durch welchen die Luft mittelst eines am hinteren Ende angebrachten Kautschukballons hindurchgetrieben wird. Daneben wird der Gebrauch eines Schnupfpulvers aus fein pulverisirtem Kampher und Zucker zu gleichen Theilen empfohlen. Als Belege für seine günstigen Erfolge theilt Verf. 3 auf diese Weise geheilte Fälle mit. **P. Bruns** (Tübingen).

Bockenheimer. Bericht der chirurgischen Klinik.

Frankfurt a/M. 1874. 30 p.

Unter 1474 vom 1. Aug. 1872 bis 1. Aug. 1873 theils ambulatorisch, theils stationär behandelten Patienten, von denen die grössere Hälfte an Haut-, Sexual- und inneren Krankheiten gelitten hatte, befanden sich auch Einzelne, an denen Verf. grössere Operationen vorgenommen hat (7 Resectionen grosser Gelenke [† 1], 1 totale Oberkieferresection, 1 Amput. femor. [†], 3 Amput. mammae [† 1], 2 Ovariotomieen [† 1], 2 Herniotomieen [† 1], 1 Urethrotomie, 1 Tracheotomie, 1 Perineoplastik). — Verf. ist mit seinen Operationsresultaten sehr zufrieden und beschreibt einzelne Fälle ausführlicher (für eine genauere Beurtheilung der Heilresultate sind aber die gegebenen Notizen meist zu dürftig, Ref.). — Bei der Nachbehandlung der Hüft- und Kniegelenkresectionen wendet Verf. die Linhart'schen Watteverbände an, »weil Gypsverbände nicht nur nichts nützen können, sondern sogar schädlich seien und alle übrigen Verbände an Schwerfälligkeit übertreffen« (! Ref.). **Krönlein** (Berlin).

F. Ahlfeld. Die Technik der Schwangerenuntersuchung.

Sammlung klinischer Vorträge 1874. No. 79.

Verf. schildert die Untersuchung der Schwangeren getreu nach der Credé'schen Schule. Dabei berücksichtigt er meist den Standpunct des praktischen Arztes mit verschiedenen Winken. Hieran schliesst sich die innere oder combinirte Untersuchung der Weichtheile, insbesondere des Muttermundes und des kleinen Beckens, wobei auch die vom Verf. empfohlene Messung der Frucht mit dem Baudelocque'schen Tastercirkel durch Aufsetzen eines Knopfes auf den vorliegenden Kindestheil, des anderen auf den fundus uteri erwähnt ist. Ein kurzes Schwangerenexamen zur Berechnung der Schwangerschaft bildet den Schluss. **Leopold** (Leipzig).

M. Kaposi (Wien). Zoster recidivus, Nachtrag zu »Ein eigenthümlicher Fall von Herpes zoster«.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 38.)

Verf. theilt den Fall eines recidivirenden Herpes zoster mit, ein Vorkommen, das bisher nur von O. Wyss beschrieben, nicht aber von ihm selbst beobachtet worden. Sonst nahm man allgemein an, dass einmaliges Befallensein gegen fernere gleiche Erkrankung immun mache. Die Zwischenzeit hatte im vorliegenden Falle 8 Wochen gedauert. Die neuen Efflorescenzen traten vielfach auf den Narben der alten auf. **v. Mosengeil** (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

R. Schneider (chirurg. Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Königsberg). Exstirpation der linken Scapula wegen eines Sarcoms.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 31. p. 377.)

Bei einem 6jähr. Knaben war binnen 3 Monaten auf der linken Schulter ein beträchtlicher Tumor entstanden, auf dessen Exstirpation die Eltern erst nach Verfluss von ferneren 3 Monaten eingingen. Er hing mit der Scapula fest zusammen, nicht mit der Haut. In die Axillargrube sandte er einen höckrigen Ausläufer und bedeckte halbkugelförmig die ganze Scapula. Oberfläche glatt, Consistenz weichelastisch, schmerzlos bei Druck, Elevation des Armes höchst beeinträchtigt, Drüsen nicht geschwollen. Die totale Exstirpation der Scapula erfolgte mit Schonung der deckenden Haut nach v. Langenbeck's Methode, Nachbehandlung unter Lister'scher Wundbehandlung. Nach 6 Wochen vollständige Heilung. Dennoch hatte sich das Acromialende der Clavicula nach hinten gelegt, wogegen sich das Caput humeri stemmte. Activ ist nur geringe Abduction, passiv bis zur horizontalen möglich. Die Untersuchung ergab ein Granulationssarcom. Nach einem Vierteljahr kamen multiple Recidive, sowohl örtlich, als in der Tibia und Lunge, und es erfolgte bald der Tod. **v. Mosengeil** (Bonn).

Haynes. Are the convulsions of the carbolic acid poisoning cerebral or spinal in their origin?

(Philadelphia med. Times 1874. No. 126. p. 407.)

2 Katzen wurde die Säure subcutan injicirt, nachdem zuvor das Rückenmark in der Höhe des 1. und 2., resp. 4. und 5. Halswirbels durchschnitten war. Die Krämpfe blieben in denjenigen Muskeln aus, welche von den unterhalb des Schnittes abgehenden Nerven versorgt wurden, während sie sich im Gesicht, an den vorderen Extremitäten u. s. w. in gewöhnlicher Stärke zeigten. Daraus folgert H. den cerebralen Ursprung dieser Krämpfe. **Wilh. Koch** (Berlin).

Ory. Subunguale Exostose am Zeigefinger.

(Bulletin de la société anatom. de Paris 1874. p. 239.)

Unter der hinteren Nagelhälfte des Zeigefingers eines 17jähr. Mädchens sieht man eine erbsengrosse, harte, unempfindliche, angeblich seit 4 Wochen wachsende Geschwulst. Trélat hebt nach geschehener Umschneidung durch 2 elliptische seitliche Schnitte mittelst eines kleinen Meissels dieselbe hervor und trennt die kleine Insertionsstelle an der Endphalanx. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein vom Periost aus entstandenes Osteom. Trélat macht aufmerksam auf das seltene Vorkommen dieser eigentlichen superperiostalen Osteome an den Fingern gegenüber dem häufigen an den Zehen und betont gegenüber Cornil und Ranvier, dass diese Neubildungen wirklich Knochengewebe enthalten, vom Periost

gebildet werden und leicht gestielt mit der Phalanx zusammenhängen; Recidive hat Trélat in 2 früher von ihm operirten Fällen nicht gesehen; die dieser Exostosen wegen vorgenommene Exarticulation einer Phalanx ist deshalb unstatthaft.

Pilz (Stettin).

J. Porter. Adhärenter Blasenstein, Steinschnitt, Genesung.

(British med. Journal 1874. Octbr. 31. p. 548.)

Bei einem 24jähr. Manne mit Blasenstein gelang es nicht, nach geschehenem Seitensteinschnitt den der Blasenwand fest adhärirenden grossen Stein im Ganzen zu entfernen; innerhalb 48 Stunden waren 1010 Gran Steinfragmente entleert. 13 Tage später, nach Eröffnung der früheren Wunde, scheiterten neue Versuche, den Stein mit Hülfe des Fingernagels, Spatels, oder der Zange und Injection aus seiner Verbindung zu lösen; es wurden 138 Gran Steinmasse entfernt; 2 Tage später konnte erst der gelöste Stein herausbefördert werden. Die Blase zeigte einen mit festen kalkigen Massen ausgekleideten grossen Sack; die gesammte Steinmasse wog 2018 Gran und es bestand der ovale Kern aus Tripel-Phosphaten, der äussere Mantel aus phosphorsaurem Kalk.

Pilz (Stettin).

Jacobs (Cöln). Kaiserschnitt mit Erhaltung der Mutter und des Kindes.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 42.)

Verf. hat bei einer Mehrgebärenden mit osteomalacischem Becken den Kaiserschnitt ausgeführt, nachdem vier Stunden vorher die Schwangere die letzten Kindesbewegungen gespürt hatte, diese auch, wie Herztöne und Placentargeräusche nicht mehr zur Zeit nachweisbar waren. Bemerkenswerth bei der Operation war noch der Umstand, dass beim Uterusschnitt der Operateur auf die Placenta stiess. Das Kind war asphyktisch, belebte sich aber wieder. Die Uteruswunde wurde nicht genäht, die Operationswunde heilte nicht per primam, dennoch blieb die Operirte am Leben. Schliesslich schlägt Verf. noch vor, um das nach Chloroformnarkosen so häufige und lästige Brechen zu vermeiden, lieber zum Kaiserschnitt nicht zu chloroformiren.

v. Mosengeil (Bonn).

C. Dubois. Case of normal ovariotomy.

(New York med. Journal 1874. p. 181.)

Bei einer 23jähr. Kranken mit einer Jahre lang bestehenden Schmerzhaftigkeit der Ovarien, welche immer zur Zeit der Menses exacerbirte, wurde die Diagnose auf chronische Ovariitis und Vergrösserung des linken Ovarium gestellt und von Thomas die Exstirpation beider Ovarien nach dem gewöhnlichen Verfahren der Ovariotomie vorgenommen. Es erfolgte rasche Heilung der Operationswunde, jedoch stellten sich auch nachher wieder jene Schmerzen namentlich zur Zeit der Menstruation ein. Bei der Untersuchung der exstirpirten Ovarien zeigten dieselben normale Grösse und erschienen »im Zustande fettiger Degeneration und interstitieller Entzündung«. Verf. versichert, dass wenigstens die Patientin von dieser »normalen Ovariotomie« (! Ref.) sehr befriedigt sei!

P. Bruns (Tübingen).

Osowicki (Posen). Zwei Ovariotomieen.

(Przegląd lekarski 1874. No. 32—34, polnisch.)

Der erste Fall betraf eine 35jährige Frau, die 6 Mal geboren hatte und seit 2 Jahren an Cystovarium erkrankt ist. Die Probepunction wurde im Februar 1874 gemacht und eine uniloculäre, mit der Bauchwand nicht verwachsene Cyste diagnosticirt. Die Operation wurde Ende April d. J. von Prof. Freund (aus Breslau) ausgeführt und der Stiel mit der Wells'schen Klammer behandelt. O. übernahm die Nachcur. Den 3. Tag nach der Operation constatirte er Septicämie und da er um die Hervorrufung derselben die im cavum Douglasii angesammelten Secrete beschuldigte, so entschloss er sich zu einer Punction an der genannten Stelle, wobei gegen 8 Unzen stinkender Jauche entfernt wurden. Das Drainagerohr konnte nicht eingeführt werden. Seit der Zeit stetig zunehmende Besserung. Heilung in 14 Tagen.

Die zweite, 55jähr. Patientin, die 8 Mal geboren und seit 5 Jahren an Cysto-

varum leidet, wurde von O. operirt; die Cyste war multiloculär und mit der Bauchwand verwachsen; der lange Stiel wurde in die Spencer Wells'sche Klammer aufgenommen und Drainage nach Sims ausgeführt. Lister'sches Verbandmaterial. — Durch die zwei ersten Tage nach der Operation fliesst viel rothgefärbte Flüssigkeit durch das Drainagerohr ab; am 3. Tage stockt das Abfliessen der Secrete; Wasserinjectionen vermittelst eines Irrigateurs bis reines Wasser abfliesst. Die anfangs 39°C betragende Temperatur sinkt bis auf 37°C; steigt aber im 5. Tage bis auf 39,5°C als Vorbote einer Pneumonie, die auch nach 2 Tagen zum Tode führt. — Die Section weist keine Peritonitis, sondern Pneumonie nach; die Theile, wo das Drainagerohr lag, waren nicht krankhaft verändert.

Obaliński (Krakau).

Morton. 1. Case of compound comminuted fracture of the skull.
Mears. 2. Compound comminuted fracture of the skull involving both tables, with depression.
3. Extensive wound of the skull, produced by a circular saw.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 153. p. 1—3 u. 5.)

Morton's Fall betrifft einen 47jähr. Kranken, welcher mit einer Trümmerfractur des linken Scheitelbeins, Zerreissung der dura mater und zahlreichen im Gehirn steckenden Knochensplittern bewusstlos in's Hospital gebracht wurde. Nachdem das Coma in 8 Tagen einem gewissen Wohlbefinden Platz gemacht hatte, konnte man (aus im Original genauer angeführten Symptomen) eine Lähmung des 1. bis 7., wahrscheinlich auch des 9. Hirnnerven diagnosticiren, unterliess aber jeden Eingriff, weil weitere bedrohliche Symptome fehlten. Der Tod erfolgte am 91. Tage unter Fieber und Coma.

Section. Hirnabscess im linken mittleren Lappen, im hinteren Theil des vorderen Lappens und in den linken Seitenventrikeln. Die Bruchlinie verläuft vom äusseren Gehörgang durch den Carotiskanal und den Körper des Keilbeins zum foramen opticum, durch den Grund der Augenhöhle zum grossen Keilbeinflügel und Wangenbein, von diesem zur linea semicircularis des Scheitelbeins und im Bogen zurück zum Gehörgang. Das so umschriebene, theilweise zertrümmerte Segment der Schädelbasis ist nach unten und einwärts getrieben. Alle durch das foramen ovale, rotundum, sphenoideum, opticum und stylo-mastoideum tretenden Nerven erscheinen erweicht, vereitert oder von Eitermassen umgeben. —

2. Fall (Mears). 14jähr. Knabe. Weichtheilzerreissung und complicirte Fractur des Scheitelbeins in der Gegend des vorderen oberen Winkels, mit Depression der Fragmente um $^1/_2$ Zoll.

Aufstossen und Erbrechen, sehr weite Pupillen, aber nur kurz anhaltende Bewusstlosigkeit, keine Lähmung.

18 Fragmente der äusseren Tafel durch den Elevator entfernt; die in einem Stück abgesprengte und seitwärts verschobene Tabula vitrea muss vor der Extraction erst zerstückelt werden. Dura mater intact. Heilung ohne jede Zufälle.

3. Fall (Mears). 18jähr. Knabe. Die Kreissäge setzt im äusseren Drittel des rechten Margo supraorbitalis ein, geht schräg medianwärts durch sutura coronaria und rechtes Scheitelbein zur Pfeilnaht und endet einen Zoll davon im linken Scheitelbein. Länge der Wunde $7^3/_4$ Zoll, Breite $^1/_3$ Zoll.

Pat. ist bei Bewusstsein, klagt über Kopfschmerzen, wünscht auf der Seite der Verletzung zu liegen, ist frei von Convulsionen oder Lähmungen und stirbt 1 Stunde nach der Verletzung an Erschöpfung infolge starker Blutung. Die Sonde wies nach, dass die Säge mindestens auf 4 Zoll Tiefe in das Gehirn gedrungen war.

Wilh. Koch (Berlin).

Blair D. Taylor (New York). Successful case of resection of upper extremity of the femur and removal of portions of the pelvic bones.

(New-York med. Journal 1874. No. 115. p. 403.)

Der Fall betrifft einen jungen Mann von 18 Jahren, welcher seit 14 Jahren an Coxitis mit spontaner Luxation und zahlreichen Fisteln litt. Hüftgelenksresection

im October 1872; wegen completer knöcherner Verwachsung des Schenkelkopfs mit der Darmbeinfläche war eine doppelte Trennung mit der Kettensäge nothwendig; von dem oberen Ende des Femur wurden $3^1/_2$ Zoll entfernt, ausserdem musste noch von dem Darmbein, dem Körper des Schambeines und dem Tuber oss. isch. eine grössere Anzahl nekrotischer und cariöser Knochenpartieen abgemeisselt werden. Nachbehandlung mit Gewichtsextension. Nach 21 Monaten war die Verkürzung des Gliedes dieselbe wie vor der Operation, die Gebrauchsfähigkeit sehr gut: die Bewegungen in der Hüfte vollkommen frei mit Ausnahme der Abduction und Rotation nach aussen, »Pat. geht ohne Beschwerden, klettert auf Bäume und steigt auf Leitern« (! Ref.). **P. Bruns** (Tübingen).

J. Merunowicz. Periostitis maligna ohne bemerkbare locale Symptome.

(Przegląd lekarski 1874. No. 20, polnisch.)

Ein 15jähr. Gymnasiast kam (zu Fuss) in die Klinik, wo er aufgenommen und ein Typhus abdominalis diagnosticirt wurde. Tod nach 48 Stunden. Bei der Section werden keine Typhussymptome, dafür aber pyämische Infarcte in der Lunge gefunden. Bei längerem Nachsuchen zeigt sich zwischen der linken Tibia und ihrer Beinhaut ein ziemlich grosser Eiterheerd. **Obaliński** (Krakau).

Hospital general de Madrid. Compression der medulla spinalis. Tod an allgemeiner Atrophie.

(Anfiteatro anatom. español 1874. No. 40. p. 199.)

Der etwas unklar beschriebene, durch Holzschnitt erläuterte Fall betrifft eine 21jähr. weibliche Person, bei der man während des Lebens mehrfach Resectionen von Rippenstücken vorgenommen hatte (?) und die schliesslich im obigen Hospital an allgemeiner Atrophie (?) gestorben war. Die Autopsie ergab: Atlas und Hinterhaupt mit einander knöchern verwachsen und durch Zerreissung aller Ligamente besonders des lig. transversum war ersterer so dislocirt, dass der proc. odontoides des Epistropheus mit dem hinteren Arcus des Atlas verlöthet erschien. Hierdurch soll das Rückenmark eine dauernde Compression erlitten haben und wird die allgemeine Atrophie damit in Verbindung gebracht (? Ref.).

Ullersperger (München).

C. de Mooy. Note sur une nouvelle aiguille à suture.

(Annales de la soc. de méd. d'Anvers 1874. Juillet. p. 380.)

Verf. beschreibt eine von ihm erfundene gestielte Wundnadel, welche aus einem Handgriffe, einem geraden oder gebogenen Stiele und einer lanzenförmigen Spitze mit offenem Oehr besteht. Dieselbe unterscheidet sich von der von Bruns angegebenen Nadel nur dadurch, dass das Oehr stets offen ist, während es bei letzterer durch einen verschiebbaren Draht geschlossen und geöffnet werden kann.

P. Bruns (Tübingen).

Schertzer. Resection of the tibia and fibula at the junction of the middle and lower third.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 152. p. 820.)

In der Secundärperiode wurden von einem 7 Zoll langen Hautschnitte aus 47 Splitter und ausserdem die 4 Bruchspitzen der rechten Tibia und Fibula mit einer Knochenzange entfernt. Der gesetzte Defect betrug mindestens 3 Zoll. Heilung mit nur 1 Zoll Verkürzung in 5 Monaten. **Wilh. Koch** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Halle a. S. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 2. **Sonnabend, den 9. Januar.** **1875.**

Wilh. Koch. Ueber das Chloroform und seine Anwendung in der Chirurgie.

(Sammlung klinischer Vorträge No. 80.)

Verf. hat sich die verdienstliche Aufgabe gestellt, die ausserordentlich grosse und an Widersprüchen reiche Literatur über das Chloroform seit der Einführung dieses Mittels in die Chirurgie durch Simpson 1847 kritisch zu sichten und die zahlreichen experimentellen, zum Theil von ihm selbst herrührenden Ergebnisse mit den gewonnenen klinischen Erfahrungen in Einklang zu bringen. Auf streng physiologischer Basis entrollt er uns ein Bild der Wirkungen des Chloroforms auf den Organismus; aus eben dieser Art der Einwirkung leitet er dann die Gefahren seiner Anwendung in ungezwungener Weise ab, ohne zu gewaltsamen und künstlichen Annahmen, wie sie

in der Chloroformliteratur nicht zu selten gerade verzeichnet sind, seine Zuflucht nehmen zu müssen.

Zunächst werden die elementaren Einwirkungen des Chloroforms auf das Blut, speciell auf die rothen Blutkörperchen und die quergestreifte Muskulatur besprochen und gezeigt, dass bei der gewöhnlichen Anwendungsform (der Inhalation, bei Thieren auch durch Einbringung in den Magen oder unter die Haut) es weder das kreisende Blut, noch die lebendige Muskulatur anzugreifen vermag, dass vielmehr die in das Blut übertretenden Chl.-Dämpfe nur als solche auf gewisse nervöse Centra einwirken, in gleicher Weise, wie wir uns dies von allen anderen »Nervengiften« vorzustellen haben. Weder cerebrospinale (sensible und motorische) Fasern sind der nächste Angriffspunct, auch nicht die Muskulatur, vielmehr die nervösen Centralorgane, in erster Linie das Grosshirn, welches eine mit der Dauer der Einwirkung sich bis zur Lähmung steigernde Erregbarkeitsverminderung erleidet. Infolge der Ausschaltung des reflexhemmenden Gehirneinflusses zeigt sich zuerst eine gesteigerte Reflexerregbarkeit, die später, wenn auch die sensiblen Rückenmarksganglien angegriffen und weiterhin gelähmt werden, vollständig erlöscht. Dabei bleibt es allerdings unverständlich, weshalb der Gesichtstheil des Kopfes (Cornea, Nase, Schläfengrube) länger seine Sensibilität bewahrt, als Rumpf und Extremitäten. Jedenfalls ist die Narkose als genügend tief anzusehen, wenn auch von der Cornea aus sich keine Reflexe mehr auslösen lassen. Nach den schönen, auch anderweitig bestätigten Versuchen von Scheinesson erfolgt durch das Chl. ein Absinken des Blutdrucks, bei tiefster Narkose um $^{2}/_{3}$ bis fast $^{3}/_{4}$ des Mitteldrucks. Diese Erscheinung hängt einerseits von der Beeinträchtigung der vasomotorischen Centren ab, wofür die erhebliche Erweiterung der Ohrgefässe in der Narkose, wie bei der Sympathicus-Durchschneidung Cl. Bernard's und Versuche mit durchschnittenem Halsmark sprechen, andererseits von einer directen Herabsetzung der Herzenergie, die auf eine Alteration der musculo-motorischen, im Herzen selbst gelegenen Centren zurückzuführen ist. Infolge dieser beiden Momente tritt eine Verlangsamung der Cirkulation ein, daher die Venosität des Blutes. Diese verlangsamten Kreislaufsverhältnisse bedingen auch die temperaturherabsetzende Wirkung des Chloroforms, die nachweisbar von einer Verminderung der Wärmeproduction infolge Verlangsamung der Stoffwechselprocesse abzuleiten ist. Bei der Beurtheilung des Einflusses auf die Athmung ist die Art und Weise, wie das Chl. zugeleitet wird, von erheblicher Bedeutung. Gelangen concentrirte Dämpfe direct auf die Nasenschleimhaut, so können vermöge einer Reflexhemmung von den Trigeminus-Endigungen aus Stillstand der Respiration und Verlangsamung des Herzschlages, also die drohendsten asphyctischen Symptome in die Erscheinung treten, die mit der Entfernung des Chl. nur unter Umständen schwinden. Leitet man dagegen mit dem Chl. noch reichliche Luft zu, so bleibt die Reflexhemmung aus. Können die Dämpfe mittelst einer Trachealkanüle

direct zur Lunge gelangen, so zeigt sich neben weiteren hier nicht zu erörternden Reflexvorgängen eine Beschleunigung und Verflachung der Athemzüge. Diese directe Alteration des Athmungscentrums in der Med. obl. ist noch nicht genau genug beobachtet worden.

Die üblen Zufälle der Narkose lassen sich in 3 Gruppen sondern: 1) das Erbrechen, 2) Erstickungszufälle, 3) Erscheinungen von Herzlähmung, Syncope. Von den Erstickungszufällen haben wir bereits eine Form erwähnt, nämlich den Stillstand der Athmung auf dem Wege des Reflexes bei Zuleitung allzu concentrirter Dämpfe. Solche üble Zufälle sind leider schon in ziemlicher Zahl constatirt; meist kommt dann ebenfalls auf reflectorischem Wege Trismus, sowie eine krampfhafte Contraction des Pharynx und Retraction der Zungenwurzel gegen die hintere Pharynxwand zu Stande. Dauert eine solche Unterbrechung der Respiration auch nur 1 Minute, so folgt, meist unter Convulsionen, Erstickungstod. Diese asphyctischen Zufälle treten als Reflexvorgänge im Anfange der Narkose ein zu einer Zeit, wo noch Reflexerregbarkeit, meist sogar gesteigerte, besteht. In dem Stadium der tiefen Narkose kann Asphyxie sich entwickeln, wenn infolge aufgehobener Innervation die Zunge vermöge ihrer Schwere zurücksinkt und den Kehlkopfeingang abschliesst.

Die üblen Zufälle auftretender Herzlähmung begreifen sich aus der erwähnten directen Wirkung des Chl. auf die Herzenergie, deren Herabsetzung die Venosität des Blutes bedingt. Je höher der Grad der Anämie, je geringer also die Quantität der sauerstofftragenden rothen Blutkörperchen ist, um so schneller wird sich der Grad der Venosität ausbilden, bei dem die Erregbarkeit der sogenannten vitalen Nervencentra erlischt, um so eher also sich Syncope entwickeln. Aehnlich ist, wie K. des Weiteren ausführt, der Einfluss des Fettherzens; die mangelhafte Herzkraft führt hier zur ungenügenden Füllung des arteriellen Systems, zu einer Verlangsamung des Kreislaufs und höheren Venosität des Blutes, und mithin zu einer schon unter gewönlichen Verhältnissen vorhandenen Dyspnoe. Erfährt nun durch das Chl. die Herzenergie und der Blutdruck eine noch weitere Herabsetzung, so kommt es zu plötzlicher Herzinsufficienz. Häufig wirken beide Momente, Asphyxie und Syncope zusammen, und im einzelnen Falle ist es dann schwer, anzugeben, was auf Rechnung der Asphyxie und was auf die Syncope kommt. Nach diesen ursächlichen Momenten hat Verf. 137 in der Literatur verzeichnete Todesfälle tabellarisch zusammengestellt; darnach wäre Syncope annähernd 3 Mal so häufig aufgetreten, als Asphyxie (Verhältniss wie 73:27). Angesichts dieser bedauerlichen Zufälle würde die Frage ventilirt werden müssen, giebt es Contraindicationen gegen die Narkose? Absolute Contraindicationen sind nach K. streng genommen nicht vorhanden; doch mahnen einzelne hochgradige Erschöpfungszustände, so acute Anämie, der mit erheblichen Cirkulationsstörungen einhergehende Shok, vorgeschrittene Cachexieen, endlich das Fettherz, insbesondere die anämische Form desselben aus den oben erwähnten Gründen zur äussersten Vor-

2*

sicht bei der Einleitung und Ueberwachung der Narkose. — Die Symptome, die zur Diagnose des Fettherzens leiten, werden erörtert, wobei dem in neuester Zeit als progressiv-perniciöse Anämie zusammengefassten Symptomencomplex von Anämie, Hydraemie und Fettherz höheren Grades mit den daraus entspringenden Folgezuständen, vornehmliche Berücksichtigung zu Theil wird.

Da Verunreinigungen des Chl. bald eine lästige Verlängerung des Excitationsstadiums, bald unregelmässige Respiration, bald unangenehme Folgen nach der Narkose (starker Kopfschmerz, Uebelkeit, Erbrechen) nach sich ziehen, so ist vor Allem darauf zu sehen, dass man ein chemisch durchaus reines Präparat zur Verfügung hat. K. erörtert deshalb die Eigenschaften, die reines Chl. haben muss, und die chemischen Proben mittelst deren etwaige Verunreinigungen nachgewiesen werden.

Zum Schluss bespricht K. Modalitäten in der Verabreichung und die Mittel, die bei drohenden Unfällen in der Narkose mit Erfolg in Anwendung gezogen werden können. Es liegt auf der Hand, dass alle unsere Eingriffe nur dann von Erfolg gekrönt sein können, so lange die vitalen Centra ihre Erregbarkeit noch nicht vollständig eingebüsst haben. Bei drohender Asphyxie ist vor Allem das Einströmen reiner Luft in die Lungen möglichst zu erleichtern; man erreicht dies am sichersten und schnellsten durch Hervorziehen der Zunge, da dadurch der Kehlkopfeingang und somit die Passage zu den Lungen freigelegt wird. Kommt hierdurch allein die regelmässige Athmung nicht schnell in Gang, so muss man sofort die künstliche Respiration einleiten. Auch bei der Syncope beruht auf diesen Massnahmen alles Heil, das überhaupt noch zu erwarten ist; durch Zuführung möglichst sauerstoffhaltiger, chloroformfreier Luft kann man noch am ehesten hoffen, die gesunkene Erregbarkeit der Herzcentren wieder allmälig zur Norm zurückzuführen. Es muss aber die künstliche Respiration möglichst früh eingeleitet und möglichst consequent fortgesetzt werden, unter Umständen $^1/_2$ Stunde lang und darüber; wenigstens zeigen jüngst veröffentlichte Erfahrungen von Böhm, dass, wenn nach Eintritt des Herzstillstandes infolge gewisser Herzgifte die künstliche Respiration consequent zur Anwendung kommt, es dann zuweilen noch nach 40 Minuten gelingt, das Thier zum Leben zurückzuführen, indem das Herz wieder zu pulsiren beginnt. Für die künstliche Athmung empfiehlt sich ausser der allgemein geübten rythmischen Thoraxcompression auch die bekannte Methode von Silvester, oder die Faradisation der Nn. phrenici. Bei Thierversuchen hat K. zu einer Zeit, wo alle anderen Mittel im Stiche liessen, Respirationsbewegungen dadurch wieder hervorgerufen, dass er die unarmirten Pole des Inductionsapparats in die Nasenlöcher brachte und 10 — 20 Minuten lang kräftige Ströme hindurchschickte, ein Verfahren, für welches ein theoretisches Verständniss sich noch nicht hat gewinnen lassen. In verzweifelten Fällen greife man endlich noch zur Acu- oder Electropunctur des

Herzens, für deren Ausführung die Steiner'schen Vorschriften empfohlen werden.

Wegen des uns zubemessenen Raumes müssen wir es uns versagen, auf die einzelnen interessanten Details der Arbeit einzugehen; wir verweisen deshalb auf das Original, woselbst auch die wichtigsten Literaturangaben zusammengestellt sind. **J. Munk** (Strassburg i/E.).

P. Foà und **M. Schiff.** La pupilla come estesiometro — Ricerche sperimentali.

(L'Imparziale 1874. No. 20, 21, 22.)

Die Veröffentlichung der vorliegenden Arbeit wurde durch einen Artikel von Budin veranlasst (De l'état de la pupille etc. Progrès médical 5. Sept., Centralbl. f. Chir. 1874, pag. 526). Dieser fand nämlich, dass, sobald durch Chloroformirung die Sensibilität aufgehört hat, die Pupille, welche bis dahin erweitert war, sich plötzlich verengere. Anfangs bedingt jeder starke Reiz eine vorübergehende Dilatation der Pupille; setzt man jedoch die Chloroformirung fort, so hört diese Reflexdilatation der Pupille auf. Von da an ist die Anästhesie vollständig und dies der geeignete Zeitpunct zur Ausführung schmerzhafter Operationen.

F. und S. stellten seit 2 Jahren Versuche an, um einen Maassstab für die Sensibilität zu finden, welcher unabhängig von den Bewegungen des Thieres wäre; sie suchten und fanden diesen Maassstab in der Pupille. Wenn ein Hund oder eine Katze durch Curare vergiftet wird, so dass das Leben durch künstliche Respiration erhalten werden muss, so bleibt die Pupille dennoch durch einige Zeit für die Lichtstrahlen empfindlich, welche auf die Retina fallen. Bei gleichem Lichte von mittlerer Intensität bedingt jeder sensible Reiz irgend einer Körperpartie sofort eine Erweiterung der Pupille. Diese Dilatation scheint stärker zu sein, als dem bestimmten Reize bei nicht curarisirtem oder normalem Thier entsprechen würde. Die Dilatation der Pupille tritt auch ein — und dies ist für die chirurgische Praxis von besonderer Wichtigkeit — wenn der sensitive Reiz nicht schmerzhaft ist, sondern blos eine Tastempfindung in einer gewissen Ausdehnung des Körpers hervorruft. Wenn man z. B. das Hinterbein eines tief curarisirten Hundes blos anfasst, ohne Druck oder irgend welche Kraft auszuüben, so erweitert sich die Pupille. Ebenso bringt die Berührung der Nase, Zunge, Brust etc. eine leichte und vorübergehende Pupillenerweiterung zu Stande. Alle diese Reflexerweiterungen hören nach Durchschneidung des verlängerten Markes auf, ebenso nach Durchschneidung des Pupillarnerven des Sympathicus.

Was die Chloroformnarkose anlangt, so konnten F. und S. bei 11 Versuchen an Thieren nur 4 Mal gegen das Lebensende hin eine Verengerung der Pupille wahrnehmen; bei den übrigen 7 Thieren blieb die Pupille weit, obwohl sie sämmtlich zu Tode chloroformirt wurden. Gewiss ist ferner, dass man auch beim Menschen vollkom-

mene Erschlaffung durch Chloroform erzielt, noch lange bevor sich die Pupille contrahirt. Die Erweiterung ist bedingt durch einen Reizzustand des Sympathicus. Beim Chloral finden wir das Umgekehrte, nämlich von Anfang an eine starke Verengerung. Der Antagonismus, welcher zwischen Chloroform und Chloral existirt, tritt am besten durch folgenden Versuch zu Tage: Injicirt man einem Hunde Chloral in eine Vene, so tritt eine sehr starke Myose ein; lässt man diesen durch Chloral narkotisirten Hund Chloroform einathmen, so erweitert sich die Pupille sofort bis auf's Dreifache, entfernt man das Chloroform, tritt wieder Myose ein und so lässt sich dieses Spiel der Pupille willkürlich bis 4 Mal hinter einander wiederholen. Diese Thatsache dürfte wohl jene Hypothese stürzen, wonach das Chloral nur dadurch wirksam sein soll, dass es sich im Körper in Chloroform umwandelt.

Menzel (Triest).

H. Essig. Pathologisch-histologische Untersuchungen über Lupus.

(Arch. d. Heilkunde 1874. Jahrg. XV. p. 404—416.)

Nach kurzer Besprechung der Ansichten früherer Untersucher, von denen die Einen den Lupus als Bindegewebswucherung oder Granulationsvorgang auffassten, Andere ihn von dem rete Malpighii oder den Hautdrüsen seinen Ausgang nehmen liessen, noch Andere endlich ihn mit localer Tuberculose in enge Beziehung brachten, erklärt Verf., dass er sich keiner dieser Ansichten ganz anschliessen könne nach Untersuchung von 15 Lupusfällen, welche als Spirituspräparate in der Leipziger pathologischen Sammlung aufbewahrt wurden. Verticalschnitte durch die ganze Dicke der Cutis verschafften ihm Einsicht in die Beziehung von Bindegewebe und Epithel zu einander. Die beiden ersten Präparate (das eine ist als L. syphiliticus mit ? bezeichnet) betreffen Lupus der Hand; in beiden ist bemerkenswerth eine starke Infiltration des Coriums mit Rundzellen, welche den Gefässen folgen und um dieselben stellenweis zu grösseren Haufen vereinigt sind. — Die folgenden 5 Präparate (eins von unbekannter Hautstelle, je eins vom Oberarm, Oberschenkel, Gesicht und Vorderarme) zeigen ebenfalls eine Rundzelleninfiltration, doch keine abgegrenzten Rundzellenhaufen; hervorzuheben ist, dass beim 5. Präparat (Oberschenkel) lange Zapfen vom sehr breiten rete Malpighii sich in die Tiefe erstrecken, beim 7. (Vorderarm) in einem Schnitte sich ein rundlicher Zellenhaufen fand, in dem keine injicirten Gefässe zu sehen sind und der von der zelleninfiltrirten Umgebung durch »einen Ring von lichterem, nicht infiltrirtem Bindegewebe« geschieden ist. Ausserdem sollen einige Stellen das Bild eines Spindelzellensarcoms dargeboten haben.

An 2 weiteren Präparaten (VIII u. IX von der Wange und vom Nagelfalz der grossen Zehe) fanden sich von Gefässkränzen umgebene Rundzellenhaufen, welche in ein Reticulum eingelagert sind, und in

der Mitte charakteristische Riesenzellen erkennen lassen. (Der Kranke, von dem das Präparat VIII stammt, ist an allgemeiner Miliartuberculose gestorben; im Fall IX findet sich nebenbei auch diffuse Rundzelleninfiltration in Corium und Unterhautzellgewebe.)

Präparat X ist in der Sammlung als Lupus hypertrophicus von unbekannter Hautstelle bezeichnet. Man erkennt am Hautstück weissliche Knötchen, »welche bei leichtem seitlichen Druck einen gelblich weissen Pfropf entleeren«. Diese bestehen aus Epithelzellen. Das ganze Cutisgewebe ist bis dicht unter die normale Epidermis in cytogenes Gewebe umgewandelt. Dieses wird durch dickere und dünnere Bindegewebszüge in rundliche Alveolen getheilt. Hier erblickt man »grosse, vielzackige, granulirte Zellen mit reichlichen Kernen von ovaler Form mit mehreren Kernkörperchen«.

In den 3 folgenden mit Lupus bezeichneten Präparaten finden sich Convolute von Epithelkolben in der Cutis, umgeben von Rundzelleninfiltration; doch soll ein Zusammenhang mit dem rete Malpighii nicht zu erkennen gewesen sein. Der eine Fall machte ganz den Eindruck eines Schweissdrüsenadenoms neben Talgdrüsenadenom.

Die beiden letzten, unter der Bezeichnung Lupus aufbewahrten Präparate der Sammlung sind unzweifelhaft zwei sehr tiefgreifende Epithelialcarcinome des Gesichts, welche zu enormen Zerstörungen geführt hatten.

Da nun alle diese Fälle schon beim Leben der Kranken wegen Beschaffenheit, Sitz, Verlauf etc. des Uebels als Lupus diagnosticirt waren, da ferner die Ansichten der Anatomen über die Histologie des Lupus sehr verschieden seien, so hält sich Verf. für berechtigt, die gesammte Zahl der Präparate für Lupusfälle zu nehmen. Verf. fährt fort: »Wenn ich aber alle diese Fälle Lupus nenne, so spreche ich damit aus, dass Lupus kein pathologisch-histologischer, sondern ein klinischer Begriff ist, unter dem man sich etwa einen Reizzustand der Cutis denken kann, welcher zu abnormer Wucherung der Elemente der Cutis führt«. Die 5 letzten Fälle theilt Verf. dem Adenom und Carcinom zu, während die ersten 7 Fälle wohl den »eigentlichen Lupus« repräsentiren (die Rundzellen sind hier ausgewanderte weisse Blutkörperchen), Fall X Lupus mit cytogenem Gewebe darstellt, und in Fall VIII und IX sich Hauttuberculose findet.

A. Bidder (Mannheim).

J. Wolff (Berlin). Zur Knochenwachsthumsfrage.

(Virch. Archiv 1874. Bd. LXI.)

Die vorliegende Arbeit ist im Wesentlichen eine Ausführung und Wiederholung eines früheren Artikels des Verf.'s »über die innere Architectur der Knochen und ihre Bedeutung für die Frage vom Knochenwachsthum« (Virch. Archiv Bd. L, Hft. 3) und zwar will W. »die Unhaltbarkeit der Appositionstheorie« beweisen: 1) aus rein anatomischen Betrachtungen der inneren Architectur der Knochen

und 2) aus der Betrachtung der physiologischen oder mathematischen Bedeutung dieser Architectur«. Es würde hier zu weit führen, die Gründe einzeln zu nennen, welche W. für ein rein interstitielles Wachsthum anführte. Die nach seinen ersten Untersuchungen angestellten Experimente von Lieberkühn, Wegner, Kölliker, dem Ref. u. A., welche gegen diese Theorie sprechen, sind für W. nicht beweisend, während er in Strelzoff einen Vertreter seiner Ansicht sieht (der sich aber bekanntlich wiederholt gegen eine Identität seiner Anschauungen über interstitielles Knochenwachsthum mit denen von W. verwahrt, Ref.). Stets kommt W. darauf zurück, dass die in allen Lebensaltern geometrisch ähnliche Architectur der Knochen die Annahme einer Apposition ausschliesse.

Der 2. Theil der Arbeit beginnt damit, dass W. die Ansicht von Merkel bestreitet, welcher die grösste Belastung in dem Theile des Femur sucht, auf dem der Trochanter minor aufsitzt, dem von Merkel sogenannten Schenkelsporn, und zwar weil die Merkel'sche Ansicht nicht mit der Berechnung des Prof. der Mathematik Culmann über die Belastung des Femur stimmte. Sodann bringt W. die Auseinandersetzungen des Prof. Grossmann, Lehrer der graphischen Statik an der Berliner Gewerbe-Akademie, nach denen ein appositionelles Wachsthum deswegen nicht möglich sein soll, weil nicht sämmtliche Trajectorien einander ähnlich sind, während eine Juxta-Apposition bei geometrischer Aehnlichkeit aller Trajectorien sehr möglich und auch aus dem Wachsthum der Bäume hinlänglich bekannt ist. (In seiner ersten Arbeit [u. A. l. c. p. 429] und auch sonst erklärte W. die geometrische Aehnlichkeit der Knochenarchitectur in den verschiedenen Altersstufen für unvereinbar mit der Lehre vom appositionellen Knochenwachsthum! Ref.) Ferner setzt Verf. noch einmal die physiologische Bedeutung der Druck- und Zugbalken der Spongiosa auseinander und deducirt daraus, dass bei einer Apposition und Resorption »ein unaufhörlicher chaotischer Umsturz der bestehenden und eine ebenso unaufhörliche chaotische Neubildung anders gerichteter Druck- und Zugbalken nothwendig werde«. W. behauptet dann noch, dass er durch den du Hamel'schen Ringversuch und durch die Einbiegung (? Ref.) der Havers'schen Canäle dargethan habe, dass das Dickenwachsthum der Knochen kleiner Thiere in noch viel grösserem Maassstabe, als das Längenwachsthum durch expansive Vorgänge stattfinde. Als Nachtrag kommt W. noch auf die Arbeit von G. Wegner (Virch. Archiv f. path. Anat. Bd. LXI, Hft. 1, Centralbl. f. Chir. 1874, p. 466), welcher sich nach seinen Experimenten durchaus für appositionelles Knochenwachsthum ausspricht. W. behauptet u. A., dass Wegner nicht sorgfältig genug gearbeitet und namentlich experimentirt habe, »wie es für die subtilen Knochenwachsthums-Untersuchungen erforderlich sei«, dass in den der Arbeit beigegebenen Figuren gegen Wegner's Behauptungen sprechende Differenzen von »über 2 und 3 Mm.« mehrfach herauszumessen seien. (Die letzte Bemerkung,

welche, mit grosser Sicherheit hingestellt, die Resultate der sorgfältigen Wegner'schen Arbeit als zweifelhaften Werthes hinzustellen sucht, veranlasst den Ref., darauf aufmerksam zu machen, dass in allen Fällen, in denen genaue, auf die beigegebenen Zeichnungen bezügliche Maasse von Wegner mitgetheilt sind (Taf. III, Fig. 8 u. 9 und Taf. IV, Fig. 10 u. 11 seiner Arbeit), die angegebenen Maasse genau stimmen. Was die sonstige Beweisführung von W. betrifft, so ist sie mit Ausnahme der Erklärung einiger Experimente, die von allen Seiten als nicht zutreffend widerlegt ist, rein theoretisch oder mathematisch, und wenn nach der Angabe von W. [Virch. Archiv Bd. L, p. 430] »kein einziger der von ihm befragten Mathematiker sich etwa für incompetent erklärt hat, in dieser rein medicinischen Frage [d. h. des Knochenwachsthums] sein Urtheil abzugeben«, so werden doch wohl viele unserer Leser ebenso wie der Ref. in der Würdigung mathematischer Beweisführung nicht dieselbe Competenz für sich in Anspruch nehmen, sondern nach den so leicht zu wiederholenden Experimenten mit den Stiftchen, dem du Hamel'schen Ring u. s. w. vorläufig noch an der Lehre vom appositionellen Knochenwachsthum festhalten. Ref.) **Maas** (Breslau).

C. Heitzmann. Untersuchungen über das Protoplasma.

(Sitzungsberichte d. Kaiserl. Akademie d. Wissenschaften. Bd. LXVIII. 3. Abth. Wien 1874.)

H. untersuchte die »Lebensphasen des Protoplasma« und mit Rücksicht darauf die Entwicklung und Entzündung des Periostes, des Knochens und Knorpels von neugeborenen und älteren Hunden, von Katzen und Kaninchen.

Verf. kehrt bezüglich der Bindesubstanzen zum Standpunkte Rokitansky's zurück (Sitzungsberichte der Wiener Akademie, 1854), indem er der bisher »sogenannten Intercellularsubstanz« eine besondere Productionsfähigkeit vindicirt. Verf. stellt eine Anzahl von ihm gefundener »Thatsachen« (? Ref.) zusammen, welche den Beweis liefern sollen, dass eine Cellularpathologie im Sinne Virchow's nicht mehr aufrecht zu erhalten sei. Verf. ist der Ansicht, dass es in den Geweben des Thierkörpers keine »Individuen«, keine »Zellen«, folglich auch keine »isolirten cellularen Krankheitsherde« gebe. Die Gewebe werden vom Protoplasma und dessen Derivaten aufgebaut. Das Protoplasma bleibt in den Centren der Gewebseinheiten erhalten, während an der Peripherie der letzteren »die lebende Materie« von Grundsubstanz infiltrirt ist. Wird das centrale Protoplasma von irgend einer Schädlichkeit, z. B. von der Entzündung getroffen, so documentiren sich die dadurch bedingten Veränderungen direct oder indirect auch an der ganzen Gewebseinheit und umgekehrt. Diese Veränderungen bestehen beim Entzündungsprocesse in einer »Lösung der Grundsubstanz in erster, und in einer vermehrten Erzeugung ihres Gleichen

von Seite der lebenden Materie in zweiter Linie«. Innerhalb eines Gewebes kann nur »die lebende Materie« Ernährungsstörungen erleiden, »gleichviel ob sie von Protoplasmaflüssigkeit umspült, oder von einer Grundsubstanzmauer umgeben ist«. Nur »die lebende Materie« ist productionsfähig. Nicht die Zelle und auch nicht der lebendige Antheil der Zelle allein, wächst und wuchert, es wächst und wuchert im Gewebe Alles, was lebensfähig ist, also auch der in der Grundsubstanz eingeschlossene Antheil »der lebendigen Materie«. —

»Von einer Humoral- oder Solidarpathologie wird fernerhin ebenso wenig die Rede sein können, wie von einer Cellularpathologie. Es giebt eben keine andere Pathologie, als die der lebenden Materie. Nur das, was lebt, kann krank werden«.

(Die Details dieser Deductionen bezüglich der Entwicklung und Entzündung des Periostes, des Knochens und Knorpels siehe im Original. Ref. kann aber nicht die Bemerkung unterdrücken, dass er beim Lesen der vorliegenden Abhandlungen durchaus nicht den Eindruck gewinnen konnte, als ob es sich hier um erwiesene »Thatsachen« handele.) **Tillmanns** (Leipzig).

F. Hofmann. Ueber Entstehung von Harnsteinen durch fremde Körper in der Blase.

(Arch. d. Heilkunde 1874. Jahrg. XV. p. 477—483.)

Nach einigen einleitenden kurzen Bemerkungen über den Niederschlag der Harnsalze in der Blase und Steinbildung theilt Verf. interessante Beobachtungen mit, die an Blasensteinen von Zuchtböcken, welche an Harnverhaltung zu Grunde gingen, gemacht wurden.

Die Steine waren erbsen- bis bohnengross, einige hatten sich in die Harnröhre geschoben. Das Aussehen war durchscheinend. Sie waren so zart, dass sie ohne besonderen Druck leicht zwischen den Fingern zerrieben werden konnten. Die aus Tripelphosphat bestehenden Steine lösten sich in verdünnter Essigsäure auf, »wobei nur ein sehr geringes flockiges Gerüste übrig blieb«.

Der Wassergehalt der frisch der Blase entnommenen Steine ist sehr gross (86, 89%). An der Luft getrocknet sind sie so leicht, dass sie auf Wasser schwimmen.

Die Untersuchung der Flocken organischer Substanz, welche nach Lösung der Salze in Essigsäure zurückblieb, erwies, dass sie nicht aus Schleim und Epithel, sondern aus einer grossen Menge von Spermatozoen bestanden. In die Blase getretener Samen musste also hier Veranlassung zur Steinbildung gewesen sein.

Verf. meint nun, dass, wenn die Thiere nicht schon so früh an den in die Harnröhre gekeilten Steinen gestorben wären, sich diese kleinen porösen Steine durch weiteren Ansatz compacter Schichten vergrössert haben würden. Wäre dann der Stein entfernt worden, und man hätte ihn an der Luft getrocknet und durchsägt, so wäre

der lockere Kern dabei zerfallen und der Stein böte dann das Ansehen, als hätte er von Anfang an eine Höhlung besessen. Ob beim Menschen Aehnliches vorkäme, sei noch nicht durch directe Untersuchung bewiesen. **A. Bidder** (Mannheim).

C. Giacomini. Osservazioni anatomiche per servire allo studio della circolazione venosa delle estremità inferiori.

(Accademia di Medicina di Torino 11, 18, 25 Luglio 1873.)

Wir entnehmen der 83 Seiten zählenden Schrift nur das, was für den Chirurgen von besonderem Interesse sein kann.

Die arteria poplitea und femoralis ist nicht selten von zwei und mehr Venen begleitet, zuweilen ist sie von einem förmlichen Plexus venosus so umstrickt, dass die Isolirung der Arterie ohne Venenverletzung unmöglich ist. In anderen Fällen findet das entgegengesetzte statt; die Vene verläuft von der Arterie getrennt und würde in diesem Falle die Unterbindung der letzteren erleichtert sein.

Was die Entstehung der Varicen betrifft, so leitet sie G. von einer Insufficienz der Klappen jener Venen her, welche die Verbindung zwischen tiefen und hochliegenden Venen vermitteln. Injectionen an der Leiche in die vena tibialis postica füllen alle tiefen Venen, nie aber die hochliegenden, weil eben die Klappen der anastomosirenden Venen den Weg dahin absperren, dahingegen gelingt es stets durch Injection einer der subcutanen Venen auch die tiefliegenden zu füllen. Wenn nun durch irgend einen (bisher unbekannten) Grund die Klappen der Verbindungsvenen insufficient werden, so wird bei jeder Muskelbewegung das Blut nach den oberflächlichen Venen hin entweichen und dieselben ausdehnen. **Menzel** (Triest).

Sonnenburg. Zwei Fälle von Malum perforans pedis.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. IV. Hft. 5 u. 6.)

Die Fälle sind in der Strassburger Klinik beobachtet. 1. Fall. Eine Frau von 42 Jahren litt seit ihrem 14. Lebensjahre an Anästhesie der rechten Fussohle, bedingt durch einen Sensenschnitt, welcher die Weichtheile der rechten Wade in der Mitte des Unterschenkels bis auf den Knochen quer durchtrennt hatte.

Nach einer längeren Anstrengung schwollen beide Füsse an, und an der rechten Ferse bildete sich (vor einem Jahre) ein Geschwür, das zur Zeit der Beobachtung kreisrund war, mit einem Durchmesser von 22 Mm., dessen Ränder von dicker zerklüfteter Epidermis bedeckt waren, das fast cylindrisch in die Tiefe bis an den normal gebliebenen Calcaneus drang. Die Basis des Geschwüres war von Zotten besetzt.

Seine Umgebung ganz anästhetisch. Verschiedene Verbandmittel

blieben erfolglos, nach Auslöffelung und Cauterisation mit dem Glüheisen wurde der Substanzverlust etwas kleiner, ohne jedoch zu heilen.

2. Fall. Ein Taglöhner von 35 Jahren (Potator) bekam ohne bekannte Ursache an der linken Ferse eine Geschwulst, die nach 14 Tagen aufbrach und den Ausgangspunkt für ein Geschwür bildete, das den gleichen Charakter und ähnliche Dimensionen hatte, wie das in dem 1. Falle.

Die Sensibilität in der Umgebung des Geschwüres war beträchtlich herabgesetzt. Nach Auslöffelung und Aetzung mit dem Ferrum candens trat unter fortwährend reizender Behandlung Heilung ein, doch erst nach 12 Wochen.

Verf. schliesst sich der Ansicht Duplay's an, dass beim Mal perforant du pied eine Nervendegeneration der Geschwürsbildung vorausgehe — wenigstens ist dies bei dem 1. Falle unzweifelhaft, beim zweiten wahrscheinlich. Gersuny (Wien).

G. Lecchini. Degli effetti utili de cloralio idrato nel periodo acuto della uretrite blenorragica.

(Rivista clinica di Bologna 1874. No. 11.)

Auf Vorschlag des Dr. Parona versuchte L. 10 Fälle von acutem Harnröhrentripper mit Injectionen von Chloralhydrat (1 : 100) zu behandeln. In fast allen Fällen wurden die lästigsten Symptome des Trippers (Schmerzen, Erectionen etc.) in wenigen Tagen vertrieben; in einigen Fällen trat sogar ebenfalls in wenig Tagen vollkommene Heilung ein; in andern musste zur Beseitigung des Secretes zu andern Injectionen (schwefelsaures Zinkoxyd) die Zuflucht genommen werden. L. hält nach oben Gesagtem die Chloralinjectionen immerhin für eine erwünschte Bereicherung der Therapie. Menzel (Triest).

H. Schüssler. Ueber das »Mal perforant du pied«.

Inaug.-Diss. Kiel, 1874. K. von Wechmar's Verlag.

Verf. polemisirt in seiner fleissigen Arbeit gegen die Auffassung des Mal perforant als einer Krankheit sui generis. Sämmtliche ihm zugängliche Literatur hat S. durchmustert und gefunden, dass alle publicirten Fälle ungezwungen eine einfache Deutung zulassen. Als Unicum steht der Fall von Nélaton (Pathol. chirurg. V, p. 975) da, den man mit Eskander für Lepra anaesthetica halten muss. In allen andern, nach Nélaton veröffentlichten Fällen lassen sich die als Mal perforant beschriebenen Ulcerationen auf pathologische Druckproducte zurückführen. Die Malignität derselben kann ihren Grund haben in einer fortgesetzten chronischen Reizung, oder in irrationeller Therapie, oder in der Ungunst anatomischer Verhältnisse (indem ein mit einem Gelenk communicirender Schleimbeutel in Mitleidenschaft gezogen wird), oder endlich in einem constitutionellen Leiden

(inveterirter Syphilis, deren Diagnose oft allein ex juvantibus gestellt werden muss). Aus der Kieler Klinik, resp. Esmarch's Privatpraxis werden 2 Fälle erzählt, in denen das ausgesprochene Mal perforant auf Syphilis beruhte. Näheres s. Original. (Sonnenburg's Aufsatz: Zwei Fälle von Malum perforans pedis. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. IV, p. 408 ist später erschienen, konnte deshalb vom Verf. nicht benutzt werden. Ref.) **Petersen** (Kiel).

S. Scarpari. Gli apparecchî inamovibili nel reumatismo articolare acuto.

(Rivista clinica di Bologna 1874. No. 11.)

Bekanntlich wurde die Anwendung fixer Verbände, in specie Wasserglasverbände bei der Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus zuerst von Concato und Heubner empfohlen. Ref. selbst hatte Gelegenheit, sich von der ausgezeichneten Wirkung derselben zu überzeugen. Die ruhige Lage, sowie die continuirliche gleichmässige Compression benehmen in kürzester Zeit Schwellung und Schmerz, bei gleichzeitigem Abfall des Fiebers. Es lässt sich jedoch nicht läugnen, dass bei dieser, wie bei jeder anderen Therapie nicht selten sofort ein neues Gelenk befallen wird, noch bevor das fixirte zur Norm zurückgekehrt ist. S. suchte nun zu ermitteln, ob eine sofortige Fixirung aller Gelenke prophylactisch und abortiv wirken möchte. Die 2 Fälle, welche er so behandelte, scheinen seine Erwartung zu bestärken. Bei einem 50jährigen alten Manne, welcher schon 5 Mal an acutem Gelenkrheumatismus litt, bei dem jedes Mal fast alle Gelenke der Reihe nach erkrankten, und der jedesmal etwa 50 Tage an's Bett gefesselt war, legte S., sobald unter heftigem Fieber, 39,4, die beiden Kniee zu schwellen begannen, sofort Verbände an allen Gelenken an. 48 Stunden darauf trat vollkommene Apyrexie ein und es erkrankte kein weiteres Gelenk zur grossen Ueberraschung des Kranken, welcher das Ueberspringen von einem Gelenk zum andern mit Sicherheit erwartete. Sämmtliche Verbände blieben 10 Tage liegen, worauf der Kranke das Bett verliess.

S. gesteht selber ein, dass 2 Fälle allein ein Urtheil nicht erlauben, betont aber, dass dieselben zu weiteren Versuchen auffordern.

Menzel (Triest).

Kleinere Mittheilungen.

Olinto Grandesso-Silvestri. Sulla economia di sangue nelle operazioni chirurgiche.

(Gazz. med. ital. prov. ven. anno XVII. No. 20.)

Im ersten Theil des Aufsatzes vertheidigt S. die Anschauung, wonach man das in phlegmonösen oder gar brandigen Gliedern enthaltene Blut bei der Amputation nicht ersparen soll und hierin wird ihm wohl Jedermann beipflichten, dahingegen dürfte S. mehrere Gegner finden, wenn er seinen Amputirten anräth, sich nach geschehener Heilung von Zeit zu Zeit zur Ader zu lassen. »Wenn der Körper um

eine grosse Provinz verstümmelt ist, so muss unausbleiblich eine permanente Plethora eintreten (gleichgültig ob man bei der Amputation Blut gespart habe oder nicht) (? Ref.). Der Grund davon ist selbst für beschränkte Köpfe einleuchtend« (?? Ref.). 2 Krankheitsfälle sollen seine Ansicht stützen.

Ein Mädchen wurde wegen Fusscaries scrophulösen Ursprunges amputirt, und erholte sich darauf zusehends. S. rieth ihr Aderlässe an, das Mädchen folgte nicht. Es tritt eine Caries im anderseitigen Knie ein, sie wird im Oberschenkel amputirt. Jetzt noch viel mehr redet ihr S. zu Aderlässen zu; das Mädchen weigert sich, die »Plethora localisirte sich« in den inneren Organen und das Mädchen starb.

Einem 68jähr. Greise wurde wegen complicirter Fractur der Vorderarm amputirt. Er lässt sich nicht zur Ader und stirbt $2^1/_2$ Jahre darauf an Apoplexie.

Nur bei Kindern und bei schon menstruirten Frauen kann von Aderlässen Umgang genommen werden. **Menzel** (Triest).

R. Bahrdt und E. Wohlfarth. Chloroformvergiftung durch Aspiration in die Luftwege und Bildung von Pneumonieen und eigenthümlichen Excavationen in der Lunge.

(Arch. d. Heilkunde 1874. Jahrg. XV. p. 430—440.)

Ein Mann, der sich selbst, wie es scheint, vergiftet hatte, wurde in eigenthümlichem, bewusstlosem Zustande mit allerdings erhaltener Reflexthätigkeit in die Leipziger Klinik aufgenommen und starb daselbst nach $1^1/_2$ Tagen unter hohem Fieber. Dass Chloroform im Spiele war, wurde daraus geschlossen, dass neben dem auf dem Boden liegenden Pat. in dessen Wohnung sich ein Taschentuch und ein leeres Fläschchen fanden, während auf dem Tische eine grössere Flasche stand, deren Inhalt sich später als Chloroform erwies. Bei der Section fand man im Allgemeinen: phlegmonöse Entzündung der Schleimhaut der Trachea und Bronchien; eigenthümliche Pneumonie und Bronchiectasieen des oberen, hinteren mittleren und hinteren unteren Lappens rechterseits, des hinteren oberen Theils des unteren Lappens linkerseits; capilläre Hyperämie des Gehirns. Das Lungengewebe hat an den afficirten Stellen ein durchlöchertes Aussehen; die kleinen (1 Mm.) Löcher sind entweder rund, oder sie umgeben wie ein poröser Kranz eine centrale Oeffnung, so dass das Gewebe ein schwammiges Aussehen darbietet. Um die einzelnen Löcher und Lochkränze findet sich infiltrirtes Gewebe. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Erkrankung bestand in croupöser Entzündung des Lungengewebes, in Abschuppung des Flimmerepithels und theilweiser Aspiration desselben in die kleineren Bronchien, in Eiterung der letzteren und in blasigen Ectasieen sowohl der Bronchiolen] als der Alveolenendgänge etc. Alle Erscheinungen sprachen für einen acuten Process. Die Pathogenese ist indessen dunkel.

A. Bidder (Mannheim).

M. de Bourilhon (de Saïda). Fracture étoilée du crane à gauche avec forte compression du cerveau par les fragments. Hémiplegie droite. Guérison.

(Gaz. hebdom. 1874. No. 43.)

Ein 16jähr. Araber bekam mit einem dicken Knüttel einen Schlag auf den Kopf. Er fällt, kann nicht mehr aufstehen, die ganze rechte Körperseite ist gelähmt. Im Spitale fand man an der linken Seite des Kopfes eine 5 Cm. lange, 3 Cm. breite Blutsugillation, nahe den Rändern war eine Vertiefung fühlbar. Die Lähmung besteht fort, mit ihr verbindet sich ein Gefühl von Ameisenlaufen. Respiration frei, Gesicht und Gehör auf beiden Seiten intact, ebenso die Intelligenz; die Zunge beim Herausstrecken stark nach rechts hin abweichend. Wenig Klagen über Schmerz (Einreibungen von grauer Salbe mit Belladonna; reichliche Nahrung).

Das Fortbestehen der obigen Symptome machte die Diagnose: Compression des linken Grosshirnlappens, sicher. Trepanation am 7. Tage nach der Verletzung. Die Blutbeule wurde hierbei eröffnet; das Periost des Seitenwandbeines war in der Mitte des Eindrucks ganz losgelöst. Die sternförmige Fractur zeigte 4 unregel-

mässige Fragmente, welche schräg zugespitzt zwischen Dura mater und Schädeldach lagen. Nach vergeblichen anderen Versuchen wurde mit Hohlmeissel und Hammer der Knochenrand an der Bruchstelle so weit abgetragen, dass die Fragmente entfernt werden konnten. Das Gehirn lag auf mehr als 10 □Cm. frei. Heftiges, convulsivisches Zittern der gelähmten Körperseite, zugleich mit einem schmerzhaften Gefühle von Ameisenlaufen. Eine Stunde danach hat Pat. intensives Hungergefühl. — Am 8. Tage nach der Verletzung starke, und in den nächsten 2 Tagen zunehmende Verschlimmerung: Fieber, unbewusstes Harnlassen, Kopfschmerzen, Erbrechen, Hyperästhesie der gelähmten Seite. Vom 12. Tage an stetig zunehmende Besserung, allmäliges Schwinden der Paralyse. Am Ende der 7. Woche verliess Pat. das Spital vollkommen geheilt. **Fr. Steiner** (Wien).

Stoerk. Chronische Erkrankungen der Nasen-Rachenhöhle.

(Sitzung der k. k. Gesellschaft d. Aerzte in Wien 1874, 21. Novbr.)

St. schildert die chronischen Erkrankungen der Nasen-Rachenhöhle, wie sie am häufigsten bei den Bewohnern Galiziens, Russisch-Polens, Russlands und Bessarabiens vorkommen. Die hier häufig vorkommende Syphilis der Bewohner äussere sich an den Kindern derselben oft in der Form von Coryza, Ozaena scroful. und chronischer Blennorrhoe, welche sich von der Nasenhöhle aus in den Kehlkopf und in die Trachea fortpflanze und daselbst zu callösen Schwielenbildungen Anlass gebe, die mitunter die ganze Trachea auskleiden, und welche sich sowohl operativen Eingriffen als auch der medicamentösen Behandlung gegenüber gleich unheilbar erwiesen. **Fr. Steiner** (Wien).

Démarquay. Corps étrangers de l'oesophage.

(Société de chir. Séance du 14. Octbr. 1874. Gaz. hebdom. 1874. No. 43.)

Ein Kind hatte ein Soustück verschluckt, welches man an der linken Seite des Halses fühlen konnte. Aeussere Oesophagotomie. Der Oesophagus war von dem Geldstück, welches extrahirt wurde, perforirt. Tödtlicher Ausgang. Bei der Obduction fand sich hinter der Speiseröhre ein Abscess, der mit der rechten Pleurahöhle communicirte.

Ein anderes, etwas älteres Kind hatte ein Zweisoustück verschluckt. D. nebst anderen Chirurgen konnten keinen Fremdkörper nachweisen. Einige Tage später bekam das Kind Fieber. Dämpfung an der rechten Thoraxseite. Tödtlicher Ausgang. Es fand sich eine Phlegmone hinter dem Oesophagus; der Eiter war in die rechte Pleurahöhle gedrungen; das Geldstück war gerade daran, in den Pleurasack zu sinken.

D. experimentirte an Thieren, um die Folgen des Steckenbleibens von Fremdkörpern im Oesophagus zu studiren. Nachdem er an Hunden erst die äussere Oesophagotomie gemacht, führte er in den Oesophagus rauhe Knochen ein, an Bindfaden hängend, damit sie im selben Niveau blieben. Nach einiger Zeit wurde das Thier getödtet. In der Speiseröhre Nichts bemerkbar, aber hinter derselben fand D. immer eine Phlegmone (ohne Perforation des Oesophagus), mit der Neigung, sich in die rechte Pleurahöhle hin zu eröffnen. **Fr. Steiner** (Wien).

F. Massei. Corpo estraneo nella laringe.

(Morgagni 1874. Ottobre.)

Ein 33jähr. Mann kam wegen grosser Athembeschwerden und blutiger Sputa zu M. Vor 15 Tagen hatte er das schmutzige Wasser eines kleinen Baches getrunken und von dem Tage an datiren seine Leiden. Durch die Spiegeluntersuchung constatirte M. einen Blutegel, welcher mit dem Saugende in dem sulcus pharyngolaryngeus d. festsass, mit dem Körper über das lig. aryepiglott. d. in das Larynxinnere hereinhing. An der Epiglottis fanden sich 3—4 weissgelbliche, runde, linsengrosse Flecken. Mit einer gewöhnlichen Polypenzange wurde der Blutegel gefasst und zu grossem Erstaunen des Kranken selbst und seiner Angehörigen extrahirt. **Menzel** (Triest).

F. Heydenreich. Ueber Exstirpation der Scapula.

Inaug.-Diss. Kiel. 1874.

Nach einem kurzen Abriss der Geschichte der Exstirpation der Scapula mit und ohne gleichzeitige Entfernung des Arms berichtet Verf. über 2 einschlägige Fälle, die von Esmarch operirt worden sind. — I. Exstirpation der Scapula allein. Medullarsarcom der Scapula bei einem 33jähr. Mann. Schnitt quer über Acromion und Schultergelenk, Abtrennung der Gelenkkapsel vom Humerus. Schnitt längs der spin. scapul. und weiter längs des inneren Randes des Schulterblattes. Der dreieckige Hautlappen abpräparirt, Scapula mit der Geschwulst und einem 3,5 Cm. langen Stück der Clavicula entfernt. Pat., nach 2 Monaten mit gut granulirender Wunde entlassen, ist später an Recidiven zu Grunde gegangen. Ueber die Gebrauchsfähigkeit des Armes konnte Nichts in Erfahrung gebracht werden. — II. Entfernung der Scapula mit dem Arm. Grosses, vom plex. brachial. durchsetztes, mit dem Schulterblatt verwachsenes Myxosarcom der Achselhöhle bei einem 50j. Mann. Arm blutleer gemacht bis an die Geschwulst. Bildung eines vorderen runden Hautlappens, Resection eines 5,5 Cm. langen Stücks der Clavicula. Unterbindung der vasa subclavia. Darauf Bildung eines hinteren, runden Hautlappens, Loslösung der Scapula, des Tumors und des Arms. Drainage. Verband. In den folgenden Tagen hohes Fieber (bis 41,2°). Am 24. Tage Allgemeinbefinden gut, Wunde in bester Heilung (Pat. ist reichlich 1/4 Jahr nach der Operation geheilt entlassen, Ref.). **Petersen** (Kiel).

Mayerhofer. Ein Fall von Luxatio manus.

(Wiener med. Presse 1874. No. 48.)

Für diese seltene Verletzung bringt Verf. folgende Beobachtung. Ein 19jähr., schwächlicher Taglöhner war beim Grubengraben, als er eben einen Spatenstich machen wollte, von einer Erdmasse verschüttet worden. Diese traf zuvörderst linke Schulter, Vorderarm und die Hand, welche den Spatengriff festhielt. Bei der Untersuchung fand sich an der linken Hand eine abnorme Stellung, die einer Epiphysenfractur des Radius sehr ähnelte. Die Finger waren in abnormer Flexionsstellung. Es zeigte sich, dass die an der Streckseite des Handgelenkes befindliche harte Geschwulst, die nach oben hin eine scharfe Grenzfurche zeigte, durch den prominirenden Carpuskopf bedingt war. An der Geschwulst der Beugeseite waren deutlich die procc. styloid. zu erkennen, die unbeweglich auf den Thenar und Antithenar verschoben waren.

Verf. meint, die Luxation sei durch Ueberbeugung und Gegenstoss (Fall auf den Handrücken) entstanden.

Die ziemlich mühevolle Einrichtung geschah an dem chloroformirten Pat. in der Weise, dass die Hand in überstreckter Stellung, bei fixirtem Vorderarm, herabgezogen, dann gebeugt wurde; ein Gehülfe drückte hierbei mit seinem Daumen auf den Carpusvorsprung. Gipsverband à jour. Heilung in 4 Wochen.

Fr. Steiner (Wien).

Fournier. Urethrale Blennorrhoe bei einem 3jährigen Knaben.

(Journal de méd. et de chir. prat. 1874. Hft. 12. p. 542.)

Der Knabe war von einem 12jähr. Mädchen, das bei intactem Hymen an Blennorrhoe der Vulva und Vagina litt, missbraucht und angesteckt worden. Die so entstandene Gonorrhoe dauerte 3 Monate und zeigte die gewöhnlichen Symptome. **Pagenstecher** (Elberfeld).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 3. Sonnabend, den 16. Januar. 1875.

Neue Experimente zur Lehre von dem Mechanismus der Brucheinklemmung.

Von

Dr. Hermann Lossen,
Privatdocent der Chirurgie in Heidelberg.

Die Richtigkeit einer neuen Theorie besteht dann erst die eigentliche Probe, wenn sie angegriffen wird; die Mängel und Unklarheiten werden bei erneuter Prüfung abgestreift; das Wahre tritt im Gegensatze zum Falschen um so prägnanter hervor.

Die jüngst an dieser Stelle erschienenen Entgegnungen der Herren Prof. Busch und Roser waren mir daher sehr willkommen; sie mussten dies in um so höherem Grade sein, als beide Autoren die ersten waren, welche in der Frage der Brucheinklemmung den Weg des Experimentes betraten.

I.

In einer früheren Abhandlung hatte Herr Prof. Busch die Ansicht vertreten, dass die Abknickung zunächst des abführenden, dann auch des zuführenden Schenkels einer im Bruchringe liegenden Darmschlinge die Ursache der Einklemmung und des Verschlusses beider Darmenden sei. Die absperrende Abknickung des zuführenden Schenkels findet in der neuesten*), kurzen Entgegnung keine Erwähnung mehr, dagegen wird am abführenden Ende die verschliessende Abknickung aufrecht gehalten und entschieden bestritten, dass dies Ende durch Blähung des zuführenden in der Ebene des Bruchringes verschlossen werde.

Zum Beweise dieser Behauptung dient folgendes Experiment: »Man füllt eine durch einen engen Bruchring gezogene Darmschlinge plötzlich, während man die Blähung des zuführenden Schenkels im Ringe unmöglich macht. Man erreicht dies dadurch, dass man die Kanüle der Spritze bis über den Bruchring hinaus in den zuführenden Schenkel schiebt und hier einbindet. Jetzt kann sich die Schlinge erst unterhalb des Bruchringes füllen, aber dennoch kommt der Verschluss am ausführenden Ende zu Stande, indem die Abknickung des Darmes eintritt«.

A priori lässt sich gegen dieses Experiment einwenden, dass es den natürlichen Vorgang der Einklemmung einer Darmschlinge nicht nachahmt. Führt man die Mündung der Spritze bis über den Bruchring hinaus und bindet sie hier ein, so stellt das übrige Darmstück keine Schlinge mehr dar. Es ist ein im Bogen hängendes Darmrohr, über dessen Ende ein Ring geschoben wurde. Die zugleich im Ringe liegende Spritzenkanüle kann niemals an Stelle des zuführenden Schenkels gesetzt werden; sie verengt eben nur das Lumen des Ringes um die Grösse ihres Umfanges. Die Voraussetzungen des Experimentes würden ganz ebenso erfüllt sein, wenn man ein gerades Stück Darmrohr durch einen engen Ring zöge, dessen Querschnitt gleich dem des ersten minus dem der Kanüle wäre und nun mit Wasser oder Luft füllte.

Doch, angenommen das Experiment sei beweisend für den Mechanismus der Brucheinklemmung: wie kam der Verschluss des ausführenden Schenkels zu Stande? Ist es vielleicht dennoch die Abknickung, welche beschuldigt werden muss?

Ich habe den Versuch vielfach und, wie ich hoffe, in der richtigen Weise wiederholt. Die am Mesenterium noch angeheftete Schlinge eines frischen Schweinedünndarms wurde durch einen aus Cigarrenkastenholz ausgeschnittenen Bruchring gezogen, die Glasröhre des Manometerapparates in den einen Schenkel über den Bruchring hinaus eingeschoben und hier eingebunden. Der Querschnitt der verwendeten Bruchpforten schwankte zwischen 2 und 1 Cm.

War die Pforte 2 Cm. weit und die Schlinge kurz, ein Fall, in

*) In No. 34 dieses Blattes 1874.

welchem der gewöhnliche Versuch stets die Einklemmung zeigt, so trat hier **niemals** ein Verschluss des abführenden Endes ein. Der Darm blähte sich zwar, besonders wenn die Luft plötzlich eingetrieben wurde, er bog sich auch am abführenden Ende etwas ab, aber die Luft entwich brodelnd aus dem ausführenden Schenkel. Dies blieb sich in 20 Versuchen vollkommen gleich.

Anders gestaltete sich der Vorgang, wenn bei gleichem Querschnitte der Bruchpforte die Darmschlinge eine längere war. Zwar entwich auch hier die einströmende Luft anfangs durch den ausführenden Schenkel, aber nach einigen kräftigen Injectionen wurde mehr und mehr Darm durch die Bruchpforte hindurch nach aussen*) gezogen und plötzlich stand die »Schlinge« fest, das Manometer zeigte ein deutliches Ansteigen des Quecksilbers.

Dieses Herausrücken des Darmes ist so constant und bei plötzlichem Einströmen der Luft so auffallend, dass es dem Beobachter kaum entgehen kann. In der That verdient es alle Aufmerksamkeit, denn hier liegt der Schlüssel zu dem Räthsel der Absperrung.

Es tritt nämlich mit dem herausgezogenen Darme das fettreiche Mesenterium nach aussen. Dieses drängt sich als derber, incompressibler Keil zwischen die Kanüle und das ausführende Ende und drückt das letztere schliesslich fest zusammen. Ein Zurückgleiten des Gekröses ist infolge der Blähung des Darmes unmöglich, der Verschluss ist permanent. Ein anschauliches Bild des ganzen Vorganges gewährt der Längsschnitt eines auf diese Weise abgesperrten und geblähten Darmstückes, welches nachträglich getrocknet wurde.

Die soeben aufgestellte Behauptung erhält durch den negativen Beweis eine wesentliche Stütze. Ist das herausgezogene Mesenterium die absperrende Ursache, so darf ein vom Gekröse rein abgetrennter Darm im gleichen Versuche nicht verschlossen werden. Das Experiment bestätigt diese Voraussetzung. Der Darm bläht sich während des Versuches, zieht auch die nächstliegende Partie heraus, aber mögen selbst mehrere Fuss Darm nach aussen rücken: immer entweicht die Luft aus dem abführenden Ende, eine Absperrung tritt niemals ein.

Es dürfte aus dem Gesagten ein Doppeltes hervorgehen:

1) Der neue, von Herrn Prof. **Busch** construirte Versuch bringt, abgesehen davon, dass er den natürlichen Vorgang der Brucheinklemmung nicht nachahmt, keinen Beweis für die Wirkung der Abknickung, denn der Verschluss des abführenden Endes kommt hier nicht durch Abknickung, sondern durch das herausgezogene Mesenterium zu Stande.

2) Indirect liefert der Versuch einen Beweis für den von mir behaupteten Effect der Blähung des zuführenden Endes; denn, ver-

*) Der Kürze wegen bezeichne ich die Seite des Bruchringes, an welcher die Darmschlinge liegt, die **äussere**, die entgegengesetzte, beim Lebenden der Bauchhöhle zugewandte, die **innere**.

hindert man sowohl die Blähung, als das Herausrücken des Mesenteriums, so tritt kein Verschluss des abführenden Endes ein.

Dass die Abknickung des abführenden Schenkels nicht die Ursache der Absperrung ist, geht übrigens, wie mir scheint, mit Evidenz aus folgendem Versuche hervor.

Man modificire das gewöhnliche Einklemmungsexperiment in der Weise, dass eine Abknickung der Schlinge unmöglich ist. Dies geschieht, wenn man an Stelle eines Ringes oder Loches eine Glasröhre von 2 bis $1^1/_2$ Cm. Durchmesser und beliebige Länge setzt. Wird die in der Röhre hängende Darmschlinge plötzlich mit Luft oder flüssigem Wachs gefüllt, so tritt sofort die Absperrung ein. Man sieht dann sowohl durch das Glas hindurch, als auch auf dem Längsschnitte der herausgenommenen Präparate, dass der ganze zuführende Schenkel auf Kosten des abführenden gebläht ist, der letztere aber in seiner ganzen Ausdehnung fest zusammengepresst an der Glaswand anliegt.

Der Versuch gelingt immer; nur muss darauf geachtet werden, dass das vor der Glasröhre sich blähende Darmstück die Schlinge nicht aus der glatten Röhre herausziehe. Man binde daher die Schlinge möglichst kurz an die Kanüle und stelle die letztere genau in die Längsaxe der Glasröhre.

Dem Experimente gegenüber kann eingewendet werden, es entspreche nicht ganz dem Vorkommen am Lebenden. Hier sei der Bruchsack stets weiter, als die Bruchpforte. Ich gebe dies zu. Aber kommt denn die seither unbestrittene Anwendung von einfachen Ringen, oder in dünnes Holz gebohrten Löchern, ausserhalb welchen die Schlinge sich bis zum rechten Winkel abbiegen kann, der Wirklichkeit näher? Wird ein Bruchsack in jedem Falle eine solche Abknickung erlauben und giebt es nicht vielmehr langgestreckte, fast cylindrische Bruchsäcke, deren Querschnitt kaum grösser ist, als der der Bruchpforte?

Schliesslich habe ich zum Beweise gegen die Wirkung der Abknickung noch auf einen Versuch hinzuweisen, welchen ich bereits in meiner ersten Abhandlung (Langenbeck's Archiv Bd. XVII p. 313) in einer Anmerkung erwähnt habe. Da derselbe in der Entgegnung des Herrn Prof. Busch keine Berücksichtigung gefunden hat, so erlaube ich mir die betreffende Stelle wörtlich zu wiederholen. Es heisst dort:

»Dass die Abknickung nicht den Verschluss bedingt, ist auch durch den Versuch direct zu beweisen. Wird bei dem Manometerversuche die Luft oder das Wasser unter geringem Drucke und weniger rasch eingespritzt, so erreicht die Flüssigkeit das abführende Ende früher, als es vollkommen verschlossen ist. Die Einklemmung gelingt dann nicht mehr, selbst wenn der Spritzenstempel mit 8 bis 10 Cm. Hg arbeitet. Die Abknickung dagegen zeigt sich ebenso, wie wenn der Verschluss zu Stande gekommen«. —

Durch ein zweites Experiment sucht Herr Prof. Busch zu be-

weisen, dass bei einer Anzahl innerer Einklemmungen die Abknickung eine Rolle spiele und zieht hieraus wiederum einen Schluss auf die Brucheinklemmung. Er beschreibt den Versuch folgendermassen:

»Wenn man oberhalb einer starken Stenose des freien Darmrohres, (wo also vom Drucke einer zuführenden Schlinge nicht die Rede ist) den Darm plötzlich füllt, so bläht sich der Darm bis zum Platzen, aber kein Tropfen passirt die Stenose, indem die Wände des Darmes innerhalb derselben in Folge der Abknickung eng aufeinander gezogen werden. Ein von der peripheren Seite eingeführter elastischer Katheter passirt hingegen die Stenose mit Leichtigkeit, indem er die Axe des geknickten Darmes gerade streckt und lässt die Flüssigkeit oder die Luft abfliessen. Ebenso kann man von der prallen Seite her die Flüssigkeit durch die Stenose treiben, sobald es gelingt, dem Darme die Richtung zu geben, dass die Axe des geknickten Rohres gerade gerichtet wird«.

Auch diesen Versuch habe ich vielfach wiederholt. Ein mehrere Fuss langer, am Gekröse hängender Schweinedünndarm wurde im Wasser schwimmend an irgend einer Stelle von dem Mesenterium isolirt und hier, entweder durch Ueberlegen eines in zwei Hälften getheilten Holzringes, oder mittelst einer dicken Ligatur zusammengepresst. Die auf solche Weise erzeugten Stenosen waren verschieden eng. Wurde nun Luft eingeblasen, so zeigte sich Folgendes:

Vor den weiten Stenosen, erzeugt durch Holzringe von 1,0 bis 0,8 Ctm. Querschnitt, blähte sich der Darm auf und bog sich rings am Umfang der Stenose ab, das periphere Ende lag anfangs schlaff und zusammengefallen daneben. Sobald aber das Manometer einen geringen Druck im geblähten Ende zeigte, drängte sich die Luft in die Strictur und entwich pfeifend und zischend. Mit der Enge der Strictur wuchs der zur Lösung erforderliche Quecksilberdruck. Verengte ich nun das Darmlumen durch Umbinden eines Fadens noch mehr, so trat schliesslich ein Moment ein, in welchem selbst der höchste im Darme mögliche Druck keine Lösung der Absperrung mehr zur Folge hatte. Das war das Resultat, welches auch Herr Prof. Busch erhalten hatte. Ich durfte dies wohl mit Sicherheit annehmen. Vorsichtig erhob ich nun das schlaffe periphere Ende und brachte es in die Axe des geblähten Stückes. Keine Luft entwich. Das gleiche Resultat hatten Bewegungen des peripheren Stückes nach allen Richtungen hin. Da plötzlich ein Pfeifen und Zischen, das Quecksilber sinkt rasch, die Absperrung ist gelöst. Ich hatte während des Hin- und Herbewegens an dem schlaffen Ende einen leichten Zug ausgeübt und hierdurch die Passage geöffnet. Mehrere in dieser Richtung angestellte Controllversuche bestätigten die Beobachtung. Wie war das zu erklären? Hatte ich den Darm geradegestreckt und hierdurch die Abknickung gehoben? Aber das Geraderichten, ohne gleichzeitigen Zug hatte keinen Effect, dagegen hob nicht selten ein in jeder beliebigen Richtung ausgeübter Zug am peripheren Ende sofort die Absperrung.

Wie aber kann der Zug wirken? Ich denke mir den Vorgang folgendermassen:

Durch den einschnürenden Faden werden die faltenreichen, mit Schleim bedeckten Darmwände in engste Berührung gebracht. Die zahlreichen Erhebungen und Vertiefungen der Schleimhaut greifen in einander und verfilzen sich der Art, dass selbst der stärkste von oben wirkende Druck ihre innige Verklebung nicht lösen kann. Die Reibungswiderstände sind eben zu erheblich. Nun wird plötzlich ein Zug am peripheren Ende ausgeübt. Sofort wird die Darmwand rings gegen den einschnürenden Ring angezogen, sie erfährt hierdurch sowohl eine Verdünnung als Glättung, in der Mitte bildet sich ein feiner trichterförmiger Canal und die Luft passirt die Stenose. Es liegt auf der Hand, dass ein Zug in der Axe des Darmrohres am zweckmässigsten wirken muss. Hierbei wird eben die Darmwand ringsum gegen den Ring gezogen. Indessen genügt auch nicht selten ein Zug nach der einen oder anderen Richtung.

Aus demselben Grunde wird die Absperrung gehoben, wenn man das periphere Ende plötzlich aufbläht.

Es ist nach Allem dem auch hier die Abknickung nicht die Ursache des Verschlusses. Durch das Zusammenschnüren des Darmrohres werden eben nur die Reibungswiderstände erhöht. Bei nicht allzu engen Stenosen genügt eine entsprechende Drucksteigerung, um die Widerstände zu überwinden. Reicht der im Darm mögliche Druck nicht mehr aus, so öffnet ein Zug am schlaffen peripheren Ende die Passage in der oben erörterten Weise.

(Schluss folgt.)

R. Martin. Ueber Gelenkmuskeln beim Menschen.

(Erste von der medic. Facultät der Universität Strassburg gekrönte Preisschrift.)
Erlangen. **Palm & Enke.** 1874.

Verf. hat die von ihm in Betracht gezogenen Gelenke wiederholt einer genauen anatomischen Präparation unterworfen. Indem er seine Resultate mit den Angaben früherer Autoren verglich, ist er zu einer Reihe wichtiger Schlüsse gelangt, von denen wir hier nur Folgendes hervorheben: Wie Luschka bemerkt und Verf. namentlich für das Schultergelenk hervorhebt, ist nur in der sog. Mittellage des Gelenks die Kapsel in ihrem ganzen Umfang gleichmässig erschlafft, während in jeder anderen Stellung ein Theil derselben erschlafft und durch die andrängende Muskulatur in Falten gelegt, dagegen der andere über den die Pfanne jeweilig überragenden Umfang des Kopfes in wechselndem Grade angespannt ist. Diese Regulirung der Faltung, d. h. das Abheben der Kapselfalte von den Gelenkflächen, damit dieselbe nicht eingeklemmt werde, ist nun die Aufgabe der Gelenkmuskeln, welche sich um so complicirter gestaltet, je weiter und schlaffer die Kapsel ist und je ausgiebigere Bewegungen sie den in ihr geborgenen Knochen erlauben muss. Obenan steht in dieser Be-

ziehung die Arthrodie der Schulter; dann folgt die Arthrodie der Hüfte, dann die grossen Charniergelenke des Ellenbogens und des Kniees, welche der Faltung ihrer Kapsel nur an der Streck- und Beugeseite bedürfen. Im Kleinen wiederholen sich dann diese Vorgänge an den Finger- und Zehen-Gelenken, wogegen die Carpal- und Tarsal-Gelenke die straffsten Kapseln besitzen, weshalb hier auch weder Spannmuskeln noch andere Schutzvorrichtungen für die Kapseln gefunden werden. Mit Ausnahme dieser letztern Gelenke kommen sonst Vorrichtungen zur Spannung der Gelenkkapsel an allen Gelenken vor. Es treten zu diesem Zwecke verschiedene, ein Gelenk umlagernde Muskeln in Verbindung mit dessen Kapsel und werden dadurch zu Gelenkmuskeln. Die innigste Art dieser Verbindung ist die rein sehnige (Strecksehne des Cruralis); dann folgt die fleischigsehnige, wo theils Sehnen-, theils Muskelfasern in der Kapsel endigen (brachialis internus); den lockersten Zusammenhang endlich bietet der indirecte, durch zwischengelagertes Bindegewebe vermittelte, wobei letzteres den Muskeln gestattet, einen gewissen Zug auf die Kapsel auszuüben (Infraspinatus). — Es kann als Gesetz gelten, dass die Muskeln sich um so inniger und in um so grösserer Anzahl mit einer Gelenkkapsel verbinden, je schlaffer und dünnwandiger dieselbe ist, so dass die Anzahl der Gelenkmuskeln stets in umgekehrtem Verhältnisse zum Spannungsgrade der Kapsel in der Ruhelage des Gelenkes steht. Als selbstständiger, constant vorkommender Gelenkmuskel oder Tensor capsulae im eigentlichsten Sinne des Wortes gilt vorläufig nur der Subcruralis. Doch hält Verf. den Iliacus minor — mit welcher Bezeichnung er die auf der Hüftgelenkskapsel liegenden und mit ihr verwachsenen Muskelfasern des Iliacus internus zum selbstständigen Muskel stempelt — ebenfalls für einen solchen Tensor capsulae. Diesen beiden folgen dann zunächst als Gelenkmuskeln der Popliteus und der Plantaris, sowie der Anconaeus quartus, der indessen besser als ein Theil des Triceps brachii aufgefasst wird. Endlich sind infolge ihrer Verbindung mit den Gelenkkapseln weiterhin noch folgende Muskeln den Gelenkmuskeln beizuzählen:

1) für das Unterkiefergelenk der Pterygoideus externus;

2) für das Schultergelenk der Supraspinatus, Infraspinatus, Teres minor, Subscapularis und Anconaeus longus;

3) für das Ellenbogengelenk der Brachialis internus, Triceps brachii, Supinator brevis und Radialis externus brevis;

4) für das Hüftgelenk der Iliacus internus, Glutaeus minimus, Pyriformis, Obturator externus und internus, sowie der Rectus femoris;

5) für das Kniegelenk der Quadriceps cruris, Semimembranosus und Gastrocnemius und

6) für die Hand- und Fussgelenke die Sehnen sämmtlicher Beuger und Strecker.

Krönlein (Berlin).

L. Malassez: Note sur le champignon de la pelade.
(Brown Séquard's Archiv 1874. p. 203—12.)

Derselbe. Note sur le champignon du pityriasis simple.
(Ibid. p. 451—64.)

Bei der Form der Alopecie, die man als Porrigo decalvans bezeichnet, hatte Gruby 1843 die Existenz eines parasitischen Pilzes, des Mikrosporon Audouini entdeckt. Indess haben gute Beobachter, wie Hebra, Baerensprung u. A. sich von dem Vorhandensein dieses Parasiten nicht überzeugen können. Die Untersuchungen von M. bestätigen nun im Wesentlichen die Angaben von Gruby, wenn sie auch in einzelnen Punkten von jenen abweichen. Nach M. greift die parasitäre Pilzbildung stets in den oberflächlichsten Schichten des Stratum corneum der Epidermis Platz, und zwar findet man sie entweder zwischen oder über den verhornten Zellen dieses Stratum; nur selten findet man sie auf den Haaren. Diese Pilzbildung besteht aus sehr kleinen sphärischen Sporen, an denen man 3 Typen unterscheiden kann. Die grössten messen 4—5 Mm., sind doppelcontourirt und zeigen knospenartige Auswüchse. Die zweiten messen 2—2,5 Mm., bieten nur einen einfachen Contour dar und zeigen nur hier und da die erwähnten Auswüchse. Die dritte Art hat einen Durchmesser von weniger als 2 Mm., ebenfalls einen einfachen Contour und ist ganz ohne jeden Auswuchs. Die ovoiden Sporen, welche man zuweilen neben den eben geschilderten antrifft, sind dieser Krankheitsform nicht eigenthümlich. Gewöhnlich sind 5—6 Sporen und mehr rosenkranzförmig angeordnet.

Ebenso fand M. in einigen Fällen von Pityriasis simplex, die er untersuchte, mikroskopische Pilze. Dieselben bestehen einzig und allein aus Sporen und besitzen kein Myceliumlager. Sie sind im Allgemeinen ovoid und mit Knospen versehen, ihre grösste Breite beträgt 2 Mm., ihre grösste Länge 4—5 Mm. Man kann an ihnen eine äussere Schicht nach Art einer Zellmembran und einen Inhalt unterscheiden. Einzelne Sporen sind leer und scheinen todt. Diese Pilze unterscheiden sich von den bei Porrigo decalvans vorkommenden dadurch, dass letztere gewöhnlich sphärisch und voluminöser sind. Auch die Pityriasispilze sitzen in der Hornschicht der Epidermis; sie dringen in die Haarfollikel ein, aber niemals bis zur Einmündung der Talgdrüsen in die Haarbälge. Die Zahl der vorhandenen Pilze steht in keinem Verhältniss zur Intensität der Krankheit. Ist die Heilung im Gange, so verschwinden nach und nach die Pilzsporen. (cf. Logie, Note sur la Pelade, Archives med. belges 1874. Hft. 9. Centralbl. f. Chir. 1874, No. 36). **J. Munk** (Strassburg i/E.).

W. Callender. Experimente mit Catgut.
(Transact. of the pathol. Soc. of London 1874. p. 102.)

Als C. 19 Tage nach einer Amputation die mit Catgut ligirte Femoralis untersuchte, fand er einen $^3/_4''$ langen, centralen, das Lumen

genau ausfüllenden Thrombus, aussen an der Ligaturstelle keine Spur von Catgut, keine Spur einer Einschnürungsmarke, innen keine Verlöthung der gegenüberliegenden Wandstellen. Um festzustellen, in welcher Zeit Catgutligaturen resorbirt werden, brachte er in eine gut eiternde Wundhöhle Schlingen mittlerer Stärke; schon nach 24 Stunden fingen dieselben an, dünner zu werden, besassen nach 40—42 Stunden die Dicke feinster Fäden und waren nach 50—60 Stunden vollkommen aufgelöst. Controllversuche in auf 90° F. erhaltenem Wasser zeigten nach 100 Stunden noch keine Veränderung der Schlingen. Wenn C. hiernach fürchtet, dass die schnelle Resorption der Catgutligaturen und die mangelnde Wirkung auf die Gefässwandungen die Sicherheit derselben bei Anwendung von Gefässligaturen in Frage stellen könne, so ist diese Auffassung widerlegt durch die zahlreichen Erfahrungen über Catgutligaturen bei grossen Stämmen, z. B. Subclavia, Carotis — in dem bekannten Spence'schen Fall lag die Schuld am Material. — (Hätte C. mit Ligaturen an Gefässen experimentirt, er würde wie Andere ein anderes Urtheil abgeben; Ref. fand z. B. am 5. Tage nach der Amputation noch den verdünnten Faden an der Femoralis, dieselbe deutlich aussen eingeschnürt, die Intima allerdings nicht zerrissen, aber die Wände mit einander schon verlöthet.)

Pilz (Stettin).

Winternitz. Ueber den Einfluss der Hautfunction auf die Körpertemperatur.

Vortrag in der Sitzung der k. k. Gesellsch. der Aerzte am 13. Novbr. 1874. (Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 48.)

Verf. beschreibt höchst interessante Experimente: Er hat calorimetrische Versuche angestellt, um den Einfluss des Blutgehaltes und der Circulation in der Haut auf die Wärmeabgabe durch dieselbe festzustellen; dazu liess er in einem Kästchen von bestimmtem Volum die Luft durch eine umgrenzte und gemessene Hautstelle erwärmen. Die Esmarch'sche Methode, zu anämisiren, gestattete, die Wärmeabgabe bei ausgeschlossener Circulation zu prüfen. Thermische und mechanische Reize wurden angewandt, um das Lumen der Gefässe zu alteriren. Es ergab sich, dass das Hautorgan den Wärmeverlust um mehr als 50% herabsetzen und um mehr als 60% erhöhen kann. Hieraus ergiebt sich, dass durch längere Zeit von einzelnen Theilen zurückgehaltene Wärme die ganze Körpertemperatur steigern und physiologische wie pathologische Temperaturverhältnisse erklären kann.

v. Mosengeil (Bonn).

Auspitz. Ueber die venöse Stauung in der Haut.

Vortrag in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte am 30. Octbr. 1874. (Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 46.)

A. hatte den Einfluss von localen Blutentziehungen auf Blatternefflorescenzen studiren wollen. $^1/_4$ Stunde nach Anlegen einer Ader-

lassbinde über dem Ellenbogen einer Blatternkranken bemerkte man an der Haut des Vorderarmes viele dunkle schwarze Punkte, die auf Stauung in den oberflächlichen Venen beruhten. Versuche am gesunden Arme zeigten Strotzen der Venen, livide Verfärbung der Haut; die Temperatur nahm zuerst an der Volarfläche rascher ab, glich sich später aus; Succulenz der Haut deutete auf Austritt von Flüssigkeit. Der lividen Verfärbung folgte Auftreten von zinnoberrothen Flecken; dazwischen bemerkte man einzelne weisse und stecknadelknopfgrösse carminrothe oder bläuliche. A. erklärt, gestützt auf Versuche am Kaninchenohr, die zinnoberrothen Flecke durch Beimischung aufgelösten Hämoglobins, die weissen als Ausdruck einer Stauungsanämie.

v. Mosengeil (Bonn).

Fr. H. Hamilton (New York). Treatement of fractures of the femur by immovable apparatus and especially by plaster of Paris in the form of a continuous roller.

(New York med. Journal 1874. Aug. No. 113. p. 113.)

Der auf diesem Gebiete als Autorität bekannte Verf. liefert einen sehr beachtenswerthen Nachweis über die Nachtheile der Anwendung des Gipsverbandes bei Oberschenkelfracturen. Namentlich widerlegt er die verbreitete Ansicht, dass bei Oberschenkelfracturen der Gipsverband geeignet sei, eine Heilung ohne Verkürzung herbeizuführen. Indem er die Schuld an diesem Irrthum von der Ungenauigkeit der angestellten Messungen ableitet, giebt er eine Zusammenstellung von 25 mit Gipsverband behandelten Oberschenkelfracturen, bei denen er selbst exacte Messungen vorgenommen hat. Unter 6 Fällen von einfachen Oberschenkelbrüchen bei Individuen bis zu 18 Jahren betrug die Verkürzung zwischen $^5/_8$ und $1^1/_2$ Zoll; dabei bestand in 3 Fällen beträchtliche Difformität an der Bruchstelle. Unter 19 Fällen bei Individuen über 18 Jahren trat nur 1 Mal Heilung ohne Verkürzung ein; in den übrigen schwankte dieselbe zwischen $^3/_8$ und 2 Zoll und betrug im Ganzen durchschnittlich über $^3/_4$ Zoll. Ausserdem verwirft Verf. die Anlegung des Gipsverbandes unmittelbar nach der Verletzung wegen der Gefahr von Gangrän; als Belege dienen 2 Fälle, in denen die eingetretene Gangrän des Gliedes von der Einschnürung durch den Gipsverband abgeleitet wird.

Verf. zieht aus diesen Gründen bei Oberschenkelfracturen dem Gipsverbande die Behandlung mit Gewichtsextension mittelst Heftpflasterstreifen, bei Kindern in Verbindung mit einer doppelten seitlichen Schiene vor. Unter 9 auf diese Weise behandelten Fällen trat 3 Mal Heilung ohne Verkürzung ein, in den übrigen schwankte dieselbe zwischen $^1/_4$ und 1 Zoll und betrug im Ganzen durchschnittlich weniger als $^3/_8$ Zoll. **P. Bruns** (Tübingen).

T. Bl. Smith (New York). The straight splint in elbow-joint injuries.

(New York med. Journal 1874. July. No. 112. p. 44.)

Verf. empfiehlt bei gewissen schweren Fällen von Fractur des unteren Endes des Oberarmes und Ellenbogengelenkes an Stelle der üblichen Lagerung des Gliedes auf Winkelschienen die Anwendung einer langen geraden Schiene, welche er in einem Falle von complicirtem Schrägbruch des unteren Endes des Humerus mit dem besten Erfolge anwandte, indem nur mit Hülfe dieser letzteren die Retention der Fragmente in genügender Weise gelang. Die gegen die geraden Schienen geltend gemachten Nachtheile und Unzuträglichkeiten fand Verf. bei ihrer Anwendung nicht bestätigt. Ausserdem dringt Verf. in solchen Fällen auf sehr frühzeitige und consequente Vornahme passiver Bewegungen im Ellenbogengelenk, welche nach seiner Ansicht bei Kindern schon nach etwa 5 Tagen, bei Erwachsenen einige Tage später beginnen sollen. **P. Bruns** (Tübingen).

A. Obaliński und **T. Browicz** (Krakau). Ein Fall von Angioma racemosum (polnisch).

(Vorgelegt von Prof. Biesiadecki in der math.-naturwiss. Abthlg. der Akademie d. Wissenschaften zu Krakau. Siehe Sitzungsberichte dieser Abthlg. pro 1874.)

Am 7. October 1873 wurde in das St. Lazarus-Spital eine 30jähr. Jüdin gebracht, die im höchsten Grade anämisch war und die linke Hand mit in Eisenchlorid getauchter Charpie verbunden hatte. Die Anamnese erwies, dass sich bei ihr seit 8 Jahren, besonders bei jedesmaliger Gravidität, eine Verdickung der linken Hand und des linken Vorderarmes zeigte, die langsam aber stetig wuchs. Vor 2 Jahren wurde ihr anderwärts eine Amputation gerathen, in die sie aber nicht einwilligte. Unterdessen wurden 2 Finger brandig und zuletzt entstand eine profuse Blutung, die sie endlich zwang, sich den Vorderarm amputiren zu lassen. — Patientin behauptet, niemals eine Wunde auf der kranken Extremität gehabt zu haben. — Als Ursache der beträchtlichen Dicke der Hand und des Vorderarmes erwiesen sich Venen- und Arterienerweiterungen, in denen ein nicht nur hörbares, sondern auch fühlbares Schwirren, das bei Druck auf die art. brachialis gänzlich verschwand, zugegen war. — Amputation in der Hälfte des Oberarmes; Heilung in 4 Wochen. — An dem abgesetzten Gliede wurden die Gefässe mit erstarrenden Massen injicirt und genau präparirt. Es wäre zu weitläufig, hier den Verlauf der einzelnen Arterien und Venen nach dem Original, das mit einer entsprechenden Lithographie ausgestattet ist, wiederzugeben; es soll nur hervorgehoben werden, dass die art. brachialis ganz normal und erst ihre Aeste und Zweige einen geschlängelten und mit zahlreichen von nuss- und taubeneigrossen Knoten unterbrochenen Verlauf zeigten,

dass die Venen stark ausgedehnt, nirgends aber mit Arterien communicirend gefunden wurden. Das Mikroskop ergab fettige Degeneration und Atrophie in der medianen Gefässwandschicht, im Gegensatz zum mikroskopischen Befunde bei anderen derartigen Fällen.

Obaliński (Krakau).

E. Lejeune. Carie vertebrale.

(Archives médicales belges 1874. Hft. 11.)

L. theilt mit Anderen die Ansicht, dass Kinder mit Wirbelcaries ohne alle ärztliche Behandlung die Gefahren der Spondylitis ganz gut überstehen, andere dagegen, meist schon von Hause aus schwächlich oder scrophulös, an's Bett, resp. Zimmer gefesselt und in orthopädische Apparate geschnürt, nun erst recht elend werden, ohne dass es gelänge, der Verkrümmung vorzubeugen, oder die Heilungsdauer abzukürzen. Hierauf gestützt, hat er von einer rein diätetischen Behandlung, bestehend in Landaufenthalt, Lagerung in freier Luft auf einer Wiese und roborirender Nahrung (Leberthran, Portwein, gebratenes Fleisch) gute Erfolge gesehen.

Arn. Hiller (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

K. Nicoladoni. Aus der chirurg. Klinik des Prof. v. Dumreicher in Wien. Neuralgia N. mandibularis dextri; Neurectomie nach Parravicini; Meningitis; Fibroma N. facialis dext.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 43.)

Verf. hat bei einem älteren Pat., der seit 2 Jahren an betreffender Neuralgie litt, nach Parravicini (auf der Innenseite der Mandibula gegenüber dem Eintritt in den Knochencanal) die Resection des Nerven gemacht. Sprechen, Kauen etc. hatte Auftreten der Schmerzen bis dahin verursacht; nach der Operation blieben dieselben 2 Tage lang aus, kehrten dann wieder und blieben bis zu dem bald erfolgenden Tode in alter Weise bestehen. Der Tod trat unter meningitischen Erscheinungen ein, welche durch Fortleitung eines Jauchungsprocesses in der Flügelgaumengrube entstanden; Thrombose und Phlebitis des plexus venos. maxill. hatte sich auf den sinus cavernosus fortgesetzt und die Meningitis vermittelt. Die schlechte »Mundtoilette« wird gewiss mit Recht als primäre Todesursache angesehen. Die Autopsie ergab den merkwürdigen Befund, dass an der hinteren Fläche der rechten Felsenbeinpyramide ein nussgrosser harter Tumor existirte, der zapfenartig in den meatus auditor. int. hineinragte und innig mit den darin verlaufenden Nerven verwachsen war. Der Facialis über dem Acusticus liegend ganz, letzterer nur rudimentär erhalten. Mit seiner Kuppe erreichte der Tumor gerade den Stamm des Trigeminus, diesen knapp berührend. Der Tumor selbst stellte sich als eine derbe bindegewebige Neubildung dar. Falls der Tumor die Ursache der Neuralgie gewesen, ist das sofort nach der Resection auftretende Cessiren des Schmerzes auffallend, da der Ort des Insultes so weit central von der Resectionsstelle gelegen war. Die intramandibuläre Partie des Nerven ist leider nicht untersucht (vergl. v. Mosetig, Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 12, ref. im Centralbl. f. Chir. 1874. No. 24. p. 381). **v. Mosengeil** (Bonn).

H. Friedberg (Breslau). Tödtliche Blutverarmung und jauchige Blutvergiftung, verursacht durch kunstwidrige Anwendung von Senfteig.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 37, 38, 39.)

Ein Medicinalpfuscher und Buchbinder hatte einen Patienten, welcher während des letzten Krieges eine Lähmung und Anästhesie der unteren Extremitäten bekommen, die beiden Beine total in Senfteig einschlagen und diesen 18 Stunden liegen lassen. Der Tod erfolgte in der durch die Ueberschrift charakterisirten Weise und gab Veranlassung zum Einschreiten des Gerichtes.

v. Mosengeil (Bonn).

James R. Jackson. On bloodless operations with illustrative cases.

(The Ind. Med. Gazette 1874. Vol. IX. No. 9. p. 238.)

J. veröffentlicht 4 Fälle von Operationen, in denen er die Esmarch'sche Methode anwandte. Der 1. Fall betrifft eine Amputation des Fusses nach Syme wegen einer carcinomatösen Geschwulst auf dem Fussrücken. Durch Anlegen einer Calicobinde machte er Fuss und Unterschenkel blutleer und statt des elastischen Schlauches legte er eine aufgerollte Binde in die Kniekehle und darüber ein Tourniquet. Der grössere Theil des Fersenlappens wurde gangränös und glaubt J., dass möglicherweise die »bloodless method« mit zu diesem Ereigniss beigetragen habe. Sein Patient war ein cachektischer alter Hindu. Trotz der Lappengangrän trat nach 6 Wochen Heilung des Stumpfes ein. — Im 2. Falle, einem 24jähr. Manne, legte er einen sinus durch einen 8 Zoll langen Schnitt am Oberschenkel bloss und beobachtete keine üblen Erscheinungen. — Im 3. Falle entfernte er einem 22jähr. Manne 2 Sequester aus dem Schafte des linken Femur, wobei er in der Kniekehle in die Tiefe ging. Auch hier beobachtete er keine schlimmen Nacherscheinungen. — Viertens entfernte er einem 14jähr. Hindu-Mädchen wegen Caries das rechte Os cuboid., os cuneif. extern., den 5., 4. und einen Theil des 3. Metatarsusknochens ohne einen Tropfen Blutverlust. Auch nach Abnahme des Tourniquets floss nur eine unbedeutende Quantität Blut ab und es brauchten keine Ligaturen angelegt zu werden. Auch hier keine Beobachtung ungünstiger Erscheinungen. J. nennt seine Anwendung der Calicobinde, sowie die Compression der Hauptarterie mit Compresse und Tourniquet eine »Modification« des Esmarch'schen Verfahrens.

A. Burger (London).

Uhde (Braunschweig). Ueber Ovariotomieen.

(Deutsche Klinik 1874. No. 24—27.)

Verf. theilt ausführlich einen Fall von Ovariotomie mit, die er bei einer 28j. Patientin mit uniloculärer Ovariencyste ausgeführt hat. Nach vorausgeschickter einmaliger Punction wurde die Exstirpation der Cyste in der gewöhnlichen Weise ausgeführt, der Stiel mehrfach abgebunden und in eine Klammer gefasst. Vollständige Heilung. **P. Bruns** (Tübingen).

P. Lieven (Petersburg). 3 partielle (unvollendete) Ovariotomieen.

(St. Petersb. med. Zeitschrift 1873/4. Bd. IV. Hft. 2. p. 175.)

In dem 1. Falle wurde die Ovariotomie im Jahre 1868 bei einer 32jähr. Frau wegen einer grossen einkämmerigen Cyste vorgenommen. Wegen der allseitigen Verwachsung konnten blos 2 Dritttheile der Cystenwand abgelöst und entfernt werden, während der Beckentheil der Cyste zurückgelassen wurde. Der Erfolg war günstig, der Bestand der Heilung dauerte 3 Jahre. Dann trat Recidiv in Form eines sarcomatösen Tumors ein, welcher die Bauchwand perforirte und in Verjauchung überging.

In dem 2. Falle, bei einer 38jähr. Frau, gelang die Exstirpation der Ovariencyste wegen flächenhafter Adhäsionen im kleinen Becken nicht vollständig und musste ein faustgrosser Theil zurückgelassen werden. Der Erfolg war günstig, je-

doch blieb eine Bauchhöhlepfistel zurück. Nach einem Jahre erfolgte der Tod an Septicämie.

Der 3. Fall betraf eine mehrkämmerige Ovariencyste, welche sowohl mit der Wand des kleinen Beckens, als mit der hinteren Fläche des Uterus verwachsen war. Die Geschwulst wurde in der Mitte abgebunden und durchgeschnitten, der Stumpf aus der Bauchwunde herausgeleitet. Tod nach 36 Stunden.

P. Bruns (Tübingen).

Mohim Munder Roy. A case of rupture of the spleen complicated with fracture of the left temporal bone and effusion of blood on the right cerebral hemisphere.

(The Indian Med. Gazette 1874. Vol. IX. No. 8. p. 212.)

Bei einem an körperlicher Misshandlung gestorbenen Manne fand R. die Milz geborsten, ohne dass an der Haut der Milzgegend Zeichen von Gewalt vorhanden waren. Der Riss in der Milz war an der inneren Fläche vor dem Hilus und erstreckte sich von oben bis unten. In der Bauchhöhle war $1\frac{1}{2}$ Pinte Blut. Trotz des Blutverlustes war die Milz vergrössert und erweicht. Ebenso hatte ein Blutaustritt über der rechten Hirnhemisphäre stattgefunden, während die linke Kopfseite die Zeichen der Gewalt an sich trug und das linke Schläfenbein zersplittert war.

A. Burger (London).

Danzel. Geschwulst mit Haaren im Rectum.

(Arch. f. klinische Chirurgie Bd. XVII Hft. 3. pag. 442—448.)

Ein 25jähriges Mädchen trägt in der vorderen Wand des Rectums, $2\frac{1}{2}$ Zoll über dem After eine harte, ziemlich bewegliche Geschwulst, von welcher ein reichlicher Haarwuchs ausging, der in Form eines dicken bräunlichen Schwanzes aus dem After hervorragte und ausgerissen, sich immer von Neuem wieder bildete. Exstirpation; Tod $3\frac{1}{2}$ Monate später an Erschöpfung, für welche sich als Ursache nur eine ganz circumscripte Peritonitis nachweisen liess, in Folge davon der Uterus und die übrigens vollkommen geheilte Rectumwunde zusammenhingen. Ovarien gesund.

Die runde Geschwulst ist ca. 4 Cm. hoch und 3,5—4,5 Cm. breit, an der Oberfläche mit gewöhnlicher Haut, der indess die Tastkörperchen fehlen, und mit vielen 12—18 Cm. langen, in ihr wurzelnden Haaren bedeckt und im Innern von Knochenbalken und Nerven durchzogen. Auch beherbergt sie eine rudimentäre Hirnanlage, an der Basis einen prominirenden Zahn. Es handelt sich nach D. also um ein im Rectum vorhanden gewesenes Dermoid.

Wilh. Koch (Berlin).

Martini. Ueber Trichiasis vesicae.

(Arch. f. klinische Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3. pag. 449—453.)

Ein mit Atresia ani et urethrae geborenes und nach 48 Std. verstorbenes Kind zeigt ausser zahlreichen im Original nachzusehenden Anomalieen folgenden Beckeninhalt.

Hinter dem unteren Theil der Bauchwand, das kleine und grosse Becken fast vollständig ausfüllend, liegt eine birnförmige, mit der Spitze den Nabelring erreichende Geschwulst, in welche das untere, fast gerade zur Beckenmitte verlaufende Dickdarmende mittelst ganz feiner Oeffnung einmündet. Diese sehr dickwandige Geschwulst stellt die mit dem Dickdarm communicirende Blase des Kindes dar, welche durch eine am untern Umfang des Nabelringes befindliche Oeffnung nach aussen mündete. Ihr vorderer Abschnitt hat alle Attribute einer Blasenwand, ihr hinterer die der äusseren Haut mit Haarbälgen. Der allein vorhandene recht

e

Ureter mündet in die vordere Hälfte nicht weit von der Spina ant. sup; allein dieser gehört auch das Trigonum Lieutaudi sammt dem Blasenhals an. Eine Harnröhre fehlt.

Man unterschied bisher drei Möglichkeiten des Vorkommens von Haaren in der Blase: 1) absichtliches oder zufälliges Hineingelangen von aussen her, 2) Durchbruch einer Dermoidcyste mit Haaren in die Blase, 3) Bildung von Haaren auf der Blasenschleimhaut. Letztere Möglichkeit stellt M. in Abrede und behauptet, dass es sich in allen als Trichiasis der Blase beschriebenen Fällen um nicht erkannte, offene Dermoide handelte, deren Wand zum Theil die Blasenwand constituirte. **Wilh. Koch** (Berlin).

J. Mc. Carthy. Epiphysentrennung des grossen Rollhügels.

(Transact. of the pathol. Soc. of London 1874. p. 200.)

Ein 8jähr. Knabe mit beträchlicher Schwellung über dem os sacrum wird fast sterbend in das Londoner Hospital gebracht. Section: Eiter im rechten Sterno-Clavicular-Gelenk, pyämische Pericarditis, Pleuro-Pneumonie; grosse extraperitoneale Eiterabsackung reicht längs des Musc. pyriform. zu einer rings um das Hüftgelenk gelegenen Eiteransammlung. Die Epiphyse des grossen Rollhügels in toto abgetrennt vom Schaft, hängt mit ihm nur durch sehnige Faserzüge zusammen. Nachträglich erfuhr man, das Kind sei vor 8 Tagen beim Spielen auf die linke Seite gefallen, erst später, als die Schwellung des Oberschenkels und Athembeschwerden sich einstellten, wurde man auf das Leiden aufmerksam; das Kind war die halbe Meile zum Hospital, ohne dass es über Schmerzen geklagt hätte, gegangen. **Pilz** (Stettin).

B. v. Langenbeck. Ein Fall von Exarticulation des rechten Oberschenkels mit Bildung eines hinteren Lappens.

(Vorgetragen mit Vorstellung des Patienten in der Berl. med. Gesellschaft am 21. Octbr. 1874. Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 46.)

Einem 28jähr. Pat. war binnen 10 Jahren eine Geschwulst an der unteren Partie des Oberschenkels gewachsen, die zuletzt schnell zunahm. Da zahlreiche Inguinaldrüsen derart mit afficirt waren, dass an ihre Einzelexstirpation nicht gedacht werden konnte, nahm v. L. die Exarticulation des Femur mit Bildung eines hinteren Lappens vor. Vorausgeschickt wurde die Unterbindung der a. femor. dicht unter dem Lig. Poupartii, Esmarch'sche Blutentleerung und Compression der Aorta. Die Basis des hinteren Lappens, welcher darauf gebildet wurde, lag zwischen dem grossen Trochanter und dem Damme, seine Ausdehnung betraf die ganze hintere Fläche des Oberschenkels; nachdem man ihn bis zum Tuber ischii bei flectirter Stellung des Oberschenkels abpräparirt hatte, wurden bei Extension vorn die Weichtheile dicht unter dem Lig. Poupartii und der Femoralligatur durchtrennt und dabei sofort das Gelenk eröffnet. Nach Absetzung des Gliedes spritzten einige Arterien wegen Verschiebung des Aortencompressoriums. Die Heilung erfolgte in 6 Wochen. Der Tumor war ein vom Periost ausgehendes weiches Sarcom, das bis an die Synovialkapsel des Kniegelenkes reichte, ohne in sie hineingewachsen zu sein. — Schliesslich erwähnt Verf., dass in Kriegszeiten die Exartic. femoris überhaupt meist zu spät ausgeführt werde, daher so üble Resultate gebe, von denen die Friedenspraxis frei sei; dass aber die Mortalität im Kriege nicht durch den Shok bedingt sei, wie die Amerikaner angeben, da im Frieden dieselben Nerven zerschnitten, derselbe grosse Bruchtheil des Körpers entfernt werde, sondern eben durch den Umstand, dass die Operation im Felde meist nach zu grossem Blutverlust und zu spät ausgeführt werde. **v. Mosengeil** (Bonn).

R. Volkmann. Zwei Fälle von Diaphysenosteotomieen wegen Kniegelenksankylosen.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 50.)

Durch die Erfolge der antiseptischen Wundbehandlung veranlasst, führte V. erfolgreich bei 2 fast erwachsenen Mädchen die Diaphysenosteotomie aus. In beiden Fällen lag rechtwinklige für brisement nicht geeignete Kniegelenkscontractur vor. Von 13 im Jahre 1874 ausgeführten Osteotomieen sind 10 ohne jedwede, 3 mit minimaler Eiterung geheilt. Alle Operationen sind mit Meisseln ausgeführt; zur Osteotomia simplex bedient sich V. sehr schmaler Meissel, die eine Schneidenbreite von 2—3 Linien haben, zur Ost. cuneiformis breiterer. Die Hinterwand wurde nie durchmeisselt, sondern eingeknickt. — Ueber die Indicationen zur Osteotomie ist im Original nachzulesen. — Schliesslich macht Verf. noch auf die Beobachtung aufmerksam, dass bei erheblichen Kniecontracturen, selbst bei noch partiell beweglichem Gelenk, eine Verlängerung der Femoralcondylen in der Richtung der Längsaxe des Knochens nachweissbar ist, da eben bei der permanenten Flexionsstellung der Druck auf die Condylen wegfällt. **v. Mosengeil** (Bonn).

P. Rupprecht (Halle a/S.). Ein Fall von Perforation des Warzenfortsatzes nebst Bemerkungen über die bisherigen Resultate dieser Operation.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 47.)

Ein 70jähr. Pat. litt seit 1/2 Jahr an eitrigem Ohrenfluss, seit 1/4 Jahr an einer Fistel hinter dem Ohre und Schmerzen im Kopf, besonders dem Hinterhaupt. Die Fistel führte in einen Abscess, nirgends kam die Sonde auf Knochen. Die Diagnose wurde auf eine durch Mittelohreiterung bedingte Caries des Processus mastoideus gestellt und Eröffnung der Zellen desselben vorgeschlagen. Ein Schnitt trennte die stark verdickten Weichtheile, der Abscess wurde ausgelöffelt, der Knochen freigelegt; er zeigte 2 feine Löcher, aus denen Eiter kam; durch Meisselschläge vereinigt, führten sie auf Granulationen. Man bohrte und meisselte weiter bis zum Mittelohr. Die Wunde heilte und brach wieder auf, um einen kleinen Sequester zu entleeren, wonach sie sich definitiv schloss. Da die so oft indicirte Operation so selten geübt wird, empfiehlt sie Verf. wegen des guten Erfolges in seinem Falle. **v. Mosengeil** (Bonn).

Loewer. Propylamin gegen Rheumatismus.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1874. Hft. 11.)

Das Mittel fand Verf. wirksam nur bei acutem Gelenkrheumatismus, hier allerdings in vorzüglichem Masse. Seine Wirkung äusserte sich, entsprechend den bekannten Versuchsresultaten an Thieren, in raschem Sinken der Temperatur und des Pulses (bis 48 Schläge!) und schneller Abnahme der Schmerzen und der Schwellung. Wenige Stunden nach der Darreichung erfolgten profuse Schweisse, nach kaum 2 Tagen rasche Besserung. Durchschnittliche Krankheitsdauer, je nach der Intensität der Fälle, 4—8 Tage. Dosis 1:180 (mit Elaeos. Menth. 8), 2ständl. 1 Esslöffel; im Ganzen bis 3 grm. Gleichzeitige Herzaffectionen sollen keine Gegenindication für die Anwendung des Mittels sein. **Arn. Hiller** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Halle a. S. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 4. Sonnabend, den 23. Januar. 1875.

Neue Experimente zur Lehre von dem Mechanismus der Brucheinklemmung.

Von

Dr. Hermann Lossen,

Privatdocent der Chirurgie in Heidelberg.

(Schluss.)

II.

In einem, in No. 36 dieses Blattes v. 1874 mitgetheilten Aufsatze behauptet Herr Prof. Roser, ich hätte seine Theorie der »Brucheinklemmungsklappen« nicht bekämpft, vielmehr seinen Fundamentalversuch ignorirt. Er wiederholt dann die bereits früher an die Fachgenossen gerichtete Aufforderung, sein Experiment nachzumachen und zu prüfen.

Der Behauptung des Herrn Prof. Roser gegenüber erlaube ich mir auf p. 311 meines in Langenbeck's Archiv Bd. XVII veröffentlichten Vortrages hinzuweisen, wo der Roser'sche Versuch besprochen und beurtheilt ist. Gleichwohl bin ich auch jetzt gern bereit, der Aufforderung des Herrn Prof. Roser Folge zu leisten, um so mehr, als der erwähnten Besprechung nur die zur Demonstration der »Klappen« bestimmte Versuchsmodification zu Grunde gelegen hatte und ein genaueres Eingehen wegen der einem Vortrage gesetzten Schranken unmöglich war.

Inzwischen habe ich den Roser'schen Versuch oft und auf verschiedene Weise wiederholt und werde im Folgenden die gewonnenen Resultate mittheilen.

Um keinen Anlass zu neuen Missverständnissen zu geben, sei der Versuch zuerst genau beschrieben.

In einen mehrere Fuss langen, am Mesenterium hängenden Schweinedünndarm wurde Wasser gegossen, dann eine kleine Schlinge durch das 1 Cm. weite Loch eines Cigarrenkastenbrettchens gezogen und durch Nachdrängen der Flüssigkeit gefüllt. Sobald die Schlinge schwach gespannt war, wurde das Brettchen umgedreht. Die Darmschlinge stand nun nach oben, beide Enden waren nach abwärts gerichtet.

Liess man den Darm unberührt, so blieb die Schlinge angefüllt, weder durch den zu-, noch durch den abführenden Schenkel floss Flüssigkeit ab. Comprimirte man die Schlinge zwischen 2 Fingern, so entleerte sie sich in manchen Fällen sehr rasch, in andern aber spannte sie sich prall, unmittelbar vor der Bruchpforte und selbst starker Druck vermochte es nicht, auch nur einen Tropfen herauszupressen. Das letztere trat besonders häufig dann ein, wenn die Schlinge am Scheitel zusammengedrückt wurde, oder wenn zugleich mit dem Druck ein Zug wirkte.

Augenscheinlich hatte ich hier das Roser'sche Versuchsresultat vor mir. Wie war es zu erklären? War ein »Klappenmechanismus« im Spiele, oder handelte es sich um ein anderes noch unbekanntes Moment?

Gegen die Annahme von klappenartigen Faltungen der Schleimhaut, oder, wie Herr Prof. Roser später*) annahm, der ganzen Darmwand, sprachen mir vor Allem physikalische Gründe. Es ist schwer denkbar, dass eine in praller Ausdehnung begriffene Membran an irgend einer Stelle Falten schlagen solle. Man wäre eher geneigt anzunehmen, dass die etwa vorhandenen Falten und Duplicaturen sich glätten müssten. Indessen, zugegeben, es beständen klappenartige Faltungen, so folgt, dass Klappen, welche ein Zurückströmen der Flüssigkeit verhindern, ein Zufliessen derselben gestatten müssen, sobald an der Seite des Zuflusses ein geringes Plus von Druck vorhanden ist. Ich habe mit Einschaltung des Manometers den einen

---

*) Handbuch d. anat. Chirurgie, VI. Aufl. 1872. p. 343.

Schenkel der nach Roser abgesperrten Darmschlinge mit Luft gefüllt, nachdem die Compression aufgehoben, der Druck in der Schlinge also auf 0 Hg. gesunken war. Die »Klappe« öffnete sich je nach der Festigkeit der Einklemmung bei $^1/_2$, 1, 2, 3, 4 Cm. Hg. Die »Klappe« konnte somit keine Klappe im mechanischen Sinne des Wortes sein.

Sind klappenartige Faltungen der Schleimhaut vorhanden, so müssen sie auf irgend eine Weise fixirt und dem Auge zugänglich gemacht werden können. Herr Prof. Roser hat dieser Forderung durch seine bereits oben berührte Versuchsmodification zu genügen gesucht*). Er schnitt die eingeklemmte Darmschlinge an ihrer convexen Seite auf und füllte sie mit reinem Wasser. »Man erkennt alsdann, indem man in den offenen Darm hineinsieht, die klappenartige Anordnung der Darmfalten; die Klappen nehmen sich ähnlich aus, wie man sie an der Aorta unter Wasser zu prüfen gewohnt ist«.

Wer den Versuch nachahmt, wird sich schwer von dieser Aehnlichkeit überzeugen können. Man blickt jederseits in einen tiefen Trichter hinein, der unten verschlossen ist und dessen abschüssige Wandungen von convergirenden Längsfalten eingenommen sind. Der von Herrn Prof. Roser gebrauchte Vergleich ist daher nicht zutreffend.

Anschaulicher müsste das Bild des »klappenartigen Verschlusses« auf dem Längsschnitte werden, hier müsste man die Faltungen deutlich sehen und demonstriren können. Trockenpräparate sind hierzu weniger geeignet, — man würde den Einwurf erheben, die »Klappen« seien vertrocknet, obgleich die Valvula Bauhini auf diese Weise recht gut zu demonstriren ist —, dagegen versprechen Wachseingüsse und in absolutem Alkohol erhärtete Luftinjectionspräparate gute Bilder.

Ich habe bereits früher**) den einen Roser'schen Versuch mit flüssigem Wachs nachgeahmt, von dem anderen habe ich kürzlich Wachs- und Alkoholpräparate angefertigt. Waren die Einklemmungserscheinungen auch noch so evident, in keinem Falle wollte es mir gelingen, die einer Klappe ähnlichen Faltungen zu entdecken***).

Nach Allem dem ist es in hohem Grade unwahrscheinlich, dass ein Klappenspiel den eigenthümlichen Verschluss erzeuge. Diese Unwahrscheinlichkeit wächst durch den Nachweis eines anderen Momentes, dessen verschliessende Wirkung mit Evidenz zu demonstriren ist.

Beobachtet man, während die Darmschlinge in dem Roser'schen Experimente zwischen den Fingern comprimirt wird, die beiden freien Darmenden, so wird man stets bemerken, wie dieselben mit wachsendem Drucke durch die Bruchpforte hindurch nach aussen schlüpfen und erst ruhig und bewegungslos verharren, wenn der Verschluss vollendet ist. Zugleich ist zu constatiren, dass die Darmschlinge nach der Compression grösser ist und bei dem Nachlassen des Druckes

*) Archiv für phys. Heilkunde. Bd. XV. p. 358.

**) Langenbeck's Archiv. Bd. XVII. p. 311.

***) Die genaue Beschreibung dieser Versuche sowie die Abbildungen der Präparate folgen an anderer Stelle.

weniger prall gespannt erscheint. Es wird also augenscheinlich während der Compression Darm nach aussen gezogen. Mit ihm muss selbstverständlich das Mesenterium herausrücken und der Verdacht liegt ausserordentlich nahe, dass ganz ähnlich, wie bei dem neuesten Busch'schen Versuche, auch hier das Gekröse beide Darmenden zusammenpresse.

Zwei leicht anzustellende Gegenversuche bestärken diese Ansicht. Verhindert man das Nachrücken der Darmenden, indem man sie festhält, oder einfacher, indem man das Brettchen sammt der eingeklemmten Schlinge in die Höhe hebt, so dass das übrige Darmconvolut schwebend hängt, so tritt niemals der Verschluss ein. Ebenso wenig gelingt der Versuch, wenn man durch die gleiche Bruchpforte eine vom Mesenterium rein abgetrennte Darmschlinge zieht.

Erlaubt die Lösung einer Absperrung einen Schluss auf ihr Zustandekommen, so tritt ein neuer Beweisgrund zu den vorigen. Ein Hin- und Herbewegen der eingeklemmten Schlinge, ein Ziehen nach der einen oder anderen Richtung hat nicht den geringsten Erfolg, die »Klappen« reagiren auf keines dieser Manöver, der Verschluss wird eher noch fester. Dagegen genügt ein leichter Zug am freien Ende des Mesenteriums, oder auch nur das oben beschriebene Emporhalten der Schlinge, um die Absperrung sofort zu heben und eine nun folgende Compressionstaxis vollkommen wirksam zu machen.

In gleicher Weise wird die Absperrung gelöst, wenn man in das eine oder andere freie Schlingenende Luft einbläst. Das betreffende Darmstück bläht sich dann an der inneren Seite der Bruchpforte auf und zieht mit seiner mesenterialen Wand das Gekröse aus dem Bruchringe zurück.

Die oben ausgesprochene Ansicht stützt sich übrigens keineswegs auf einen blossen Indicienbeweis; ich bin im Stande, das absperrende Mesenterium, welches sich wie ein eingetriebener Keil zwischen beide Darmenden drängt, direct zu demonstriren.

Es liegen hier vor mir zwei Längsschnitte eines Wachs- und eines Alkoholpräparates, welche den Vorgang in klarster Weise veranschaulichen. Sie sollen an anderer Stelle abgebildet werden, hier muss ich mich mit der Beschreibung begnügen.

Die am Scheitel zusammengepresste Schlinge ist unmittelbar vor der Bruchpforte gebläht und hat auf dem Längsschnitte eine beinahe kreisrunde Form angenommen. Die Ausdehnung betrifft jederseits ausschliesslich die vom Mesenterium freie Darmwand. Die beiden mesenterialen Wände des Darmes liegen an der Compressionsstelle dicht auf einander, divergiren aber gegen die Bruchpforte zu, so zwar, dass jede nach dem betreffenden Rande der Pforte zieht und hier fest gegen die zugehörige freie Darmwand angepresst liegt. Der zwischen den beiden mesenterialen Darmwänden übrig bleibende verkehrt-kegelförmige, auf dem Längsschnitte dreieckige Raum wird von dem fettreichen Mesenterium eingenommen, welches wie ein Keil in die Bruchpforte eingetrieben erscheint.

Der Vorgang der Einklemmung bei dem Roser'schen Experimente ist sonach der folgende: Die mit Wasser oder Luft gefüllte Schlinge wird an ihrem Scheitel zusammengedrückt. Der Inhalt, welcher nunmehr auf einen kleineren Raum beschränkt ist, dehnt den unmittelbar vor der Bruchpforte liegenden Abschnitt der Schlinge aus und sucht an beiden Seiten so viel Darm nachzuziehen, als letztere bedarf, um sich der Kugelgestalt zu nähern. Hierdurch rückt allmälig mehr Mesenterium in die Pforte, bis endlich ein derber Keil beide Darmenden verschliesst.

Diese Einkeilung kommt noch rascher zu Stande, wenn anstatt einer Compression des Scheitels der Schlinge ein Zug am Halse derselben ausgeübt wird, oder wenn Druck und Zug zugleich wirken.

Es liegt nach dieser Darstellung auf der Hand, dass eine gewöhnliche Compressionstaxis hier keine Lösung der Einklemmung bewirken kann und es hatte Herr Prof. Roser in sofern Recht, wenn er behauptete, die »Klappen« würden durch das gewöhnlich geübte Kneten des Bruches nur noch fester angepresst.

Als Resultate der vorstehenden Versuche und Beweisführungen ergeben sich folgende Sätze:

1) Der Roser'sche Versuch erzeugt unter gewissen Umständen eine Absperrung der Darmschlinge, welche durch die gewöhnliche Compressionstaxis nicht gehoben werden kann.

2) Diese Absperrung hat ihren Grund nicht in einem »Klappenmechanismus«.

3) Die Ursache der Absperrung ist vielmehr das während der Compression herausgezogene Mesenterium, welches als derber, incompressibler Keil beide Darmenden gegen den Rand des Bruchringes presst.

4) Da der Druck auf die Schlinge die Absperrung einleitet, so kann selbstverständlich der gleiche Druck, d. h. die Compressionstaxis eine Lösung nicht herbeiführen; dagegen genügt ein leichter Zug am freien Ende des Mesenteriums, um die Einklemmung sofort zu heben.

Eine in's Detail gehende Betrachtung dieser Versuche, sowie insbesondere ihre Verwerthung für die Praxis behalte ich mir für eine andere Stelle vor.

Heidelberg, 5. Jan. 1875.

S. Mayer. Ueber die directe electrische Reizung des Säugethierherzens.

(Sitzungsberichte d. Academie der Wissenschaften in Wien 1874. Bd. 68. 3. Abthlg.)

Um die directe electrische Reizung des Herzens an Hunden, Katzen etc. vorzunehmen, wurden die Electrodennadeln entweder durch die Thoraxwandungen in das Herz gestochen, oder aber besser das letztere durch Eröffnung der Brustwand und des Herzbeutels

blossgelegt. Die Versuchsthiere wurden gewöhnlich mit Curare vergiftet und unter künstlicher Respiration gehalten.

Verf. kam zu folgenden Resultaten:

1) Bei directer electrischer Reizung des Herzens mittelst Inductionsströmen eines Dubois'schen Schlittenapparates (2 Daniell'sche Elemente) sinkt der Blutdruck in der art. carotis zu einem sehr niedrigen Werthe; die rhythmischen Herzcontractionen hören sofort mit dem Beginne der Reizung auf, die Herzmuskulatur geräth in ein unregelmässiges Zittern (»frémissement ondulatoire« der Franzosen). Das Herz schwillt an und zeigt sich beim Eröffnen von dunkelrothem Blute stark angefüllt.

2) Diese Erscheinungen, wie man sie bei der Einwirkung der stärksten Herzgifte beobachtet, werden in den Fällen etwas modificirt, wenn die Versuchsthiere durch langes Aufgebundensein, Curare-Vergiftung, Blutverluste und vielfache Operationen bereits alterirt sind. Hier kommt es vor, dass schwächere Ströme bei kurzer Dauer (2—5") nicht sofort die normale Herzthätigkeit lahm legen, während bei längerer Einwirkung der directen Herzreizung auch hier Herztod eintritt.

3) Auch bei der Einwirkung constanter Ströme zeigten sich im Wesentlichen dieselben Resultate wie oben und zwar im Gegensatze zu Einbrodt (Moleschott's Untersuchungen, 1859, p. 550 und Sitzungsberichte, Bd. 37, p. 783 und Bd. 38, p. 345—359), welcher an nicht curarisirten Thieren anfangs ein Steigen des arteriellen Drucks, eine Beschleunigung der normalen Herzbewegungen und schliesslich ebenfalls Herzstillstand in Diastole beobachtete.

4) Reizung des n. vagus besitzt über die durch directe Herzreizung hervorgerufenen wogenden und wühlenden Bewegungen keine Macht (Ludwig, Hoffa).

Auf Grund der erzielten Resultate verwirft Verf. alle praktischen Vorschläge, ein z. B. durch Chloroformsynkope insufficient gewordenes Herz durch directe electrische Reizung zu der normalen Thätigkeit wieder anzuregen (vergl. u. a. Steiner, Langenbeck's Archiv XII, p. 741). Verf. räth dringend von einer so gefahrvollen Massregel ab. »Die galvanische Reizung des Herzmuskels vernichtet oder schwächt die normale Thätigkeit des Organs; man darf nicht vergessen, dass das, was an anderen Muskeln erlaubt ist, auf das in morphologischer und functioneller Beziehung eine Sonderstellung einnehmende Herz nicht schlechtweg übertragen werden darf«.

Tillmanns (Leipzig).

P. Jenscher. Ueber die Wirkung der Carbolsäure bei directer Application auf die Nerven, das Gehirn und Rückenmark.

Inaug.-Diss. Greifswald. 1874.

J. experimentirte in Landois' Laboratorium an Fröschen, und zwar mit 2, 1, $^1/_2$, $^2/_{10}$ % Carbollösungen. Resultate sind kurz folgende:

1) Der motorische Nerv stirbt nach Application der Säure mit

einer dem Concentrationsgrade proportionalen Schnelligkeit ab, ohne vorher erregt worden zu sein.

2) Die gleiche Wirkung tritt ein, wenn die frei präparirten hinteren Wurzeln auf einem Deckgläschen mit den Lösungen betupft werden.

3) Wird die Säure auf das Rückenmark des lebenden Frosches gebracht, so entstehen allgemeine Krämpfe bei gesteigerter Reflexerregbarkeit. Aehnlich sind die Erscheinungen bei Betupfung des Gehirns und der Medulla oblongata.

Bei Application auf die Haut des enthaupteten Frosches entstehen die lebhaftesten Reflexbewegungen. **Ranke** (Halle).

Friedländer. Ueber die sogenannte künstliche Erzeugung von Tuberculose.

(Vortrag, gehalten in der pathologisch-anatomischen Section der 47. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Breslau. Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1874. No. 42.)

F. injicirte in die vena jugularis 1—$1\frac{1}{2}$ Tage alter Hunde 20—40 Ccm. einer fein vertheilten, käsigen Masse aus menschlichen Lymphdrüsenpaqueten entnommen; letztere wurde mit Kochsalz verrieben und darauf durch Flanell filtrirt, so dass eine milchartige Emulsion entstand. Das Wohlbefinden der Thiere wurde durch die Injection durchaus nicht alterirt, nach 3—4 Wochen wurden dieselben getödtet und F. constatirte folgenden Befund: Mit Ausnahme eines einzigen Falles fand sich in der Leber eine reichliche Eruption kleiner, etwa stecknadelknopfgrosser Knötchen, welche makroskopisch nach Form und Aussehen miliaren Tuberkel glichen. Ganz analoge Knötchen fanden sich in der Milz, jedoch etwas sparsamer, als in der Leber. In den Lungen war das Vorkommen der Knötchen durchaus nicht constant; hier fanden sich dieselben gleichmässig durch das ganze Organ verbreitet und waren nicht an den Verlauf der Bronchien und Gefässe gebunden. Die serösen Häute erwiesen sich frei, nur in einem Falle constatirte F. im Peritoneum und zwar ganz in der Nähe der Leber »einen fadenförmigen Zug« von Knötchen. Auch in der Pia und im Auge fehlten letztere. Histologisch bestehen diejenigen Knötchen, welche noch nicht im Centrum zerfallen sind, aus einer Anhäufung runder Zellen »von ziemlich bedeutender Grösse«; eine Zwischensubstanz lässt sich kaum nachweisen. Riesenzellen fehlen. Die Knötchen sind deutlich vascularisirt. Auf Grund dieses mikroskopischen Befundes und nach dem klinischen Verlauf (fieberlos) ist F. der Ansicht, dass die von ihm erzeugte Thierkrankheit durchaus nicht mit der menschlichen Miliar-Tuberculose zu identificiren sei.

In der sich anschliessenden Discussion betonen Waldenburg und Birch-Hirschfeld im Gegensatz zu F., dass die Riesenzelle nicht die einzige constante Legitimation des Tuberkels sei. Wal-

denburg fand bei seinen Versuchen keine Unterschiede zwischen der menschlichen und der künstlich erzeugten thierischen Tuberculose und ist deshalb der Ansicht, dass letztere mit der ersteren vollständig zu identificiren sei.

Auch Friedreich schliesst sich bezüglich der Riesenzellen der Ansicht der beiden Letztgenannten an und meint, dass der pathologisch-anatomische Standpunct allein die Tuberkelfrage nicht entscheiden könne.

Zenker hat ebenfalls die Villemin'schen Impfversuche nachgemacht und ist der Ansicht, dass die dabei erzielten Resultate für die Entscheidung der Frage der Tuberculose in der That sehr wichtig seien. Allerdings fand auch Zenker bei Thieren niemals die Riesenzelle, bei menschlichen Tuberkeln dagegen stets. Die Riesenzelle ist nach Zenker in den Tuberkeln ausserordentlich häufig, aber in manchen Fällen fehlen sie und doch gehören diese Fälle zur Tuberculose (E. Wagner's tuberkelähnliches Lymphadenom). Beiden Formen der Tuberculose sollte ein verschiedener Name beigelegt werden, Tuberculum gigantocellulare und Tuberculum nanocellulare (Zwergzellentuberkel).

Zülzer erhielt bei seinen Versuchen über putride Infection, bei welchen er Quantitäten von Bacterium termo, Sepsin etc. in die Lunge injicirte, an der betreffenden Stelle Tuberkel. **Tillmanns** (Leipzig).

P. Baumgarten. Ein Fall von Tuberkulose der Haut.

(Arch. d. Heilkunde 1874. Jahrg. XV. S. 484—487.)

Ein mit der Etiquette »Tuberkula necrogenica manus« bezeichnetes Präparat der Leipziger pathologisch-anatomischen Sammlung wurde vom Verf. untersucht. Es stammte von einem 60jährigen Manne, der nach dem beigefügten kurzen Sectionsbericht infolge ziemlich allgemein verbreiteter Tuberkulose mit mehreren grösseren Cavernen in den oberen Lungenlappen gestorben war. In der Haut über den unteren Gelenkenden des 5. Os metacarpi beider Hände fanden sich beiderseits »höckerige, mit verdicktem Epithel bedeckte Stellen, welche sogenannten Leichentuberkeln täuschend geglichen haben sollen«. Die Bildungen haben zwei Jahre bestanden. Schon bei schwachen Vergrösserungen liessen sie den exquisiten Bau von Papillomen erkennen, bei starker Vergrösserung war in den mit Rundzellen durchsetzten vergrösserten Papillen ein deutliches Reticulum zu erkennen, das mit Fortsätzen der in der Mitte befindlichen Riesenzellen anastomosirte. Centraler Zerfall war kaum vorhanden; die überziehende Epitheldecke war unversehrt.

Wohl erhaltene Gefässe und Ausführungsgänge der Knäueldrüsen fanden sich innerhalb der reticulirten Neubildung vor. »Bezüglich des Verhaltens der Gefässe waren in den Präparaten alle Uebergänge von der einfachen gefässhaltigen Hypertrophie des Papillarkörpers bis

zum vollständig tuberkulös infiltrirten, gefässlosen Papillom zu studiren«. Haare und Talgdrüsen fehlten in den Schnitten gänzlich.

Verf. meint, dass sein Fall eine isolirte Stellung einnehme, da die locale Tuberkulose, welche als Theilerscheinung allgemeiner auftrete, sonst sich finde bei Erkrankungen der Knochen und Gelenke und bei scrophulösen Geschwüren, bei welchen letzteren Affectionen man zweifelhaft sein könne, was das Primäre sei: Entzündung oder Tuberkulose.

Einzig in seiner Art sei der Fall auch deshalb, weil hier locale Tuberkulose ohne jede Combination mit Geschwürsbildung vorliege. Als Lupus, der nach neueren Untersuchungen überhaupt »keine pathologisch-histologische Einheit, sondern ein rein klinischer Begriff« sei, könne man ihn auch nicht auffassen, es sei eben in einem seit Jahren bestehendem Papillom Tuberkelbildung entstanden, ähnlich wie eine unschuldige Warze nach jahrelangem Bestehen einmal carcinomatös werden könne.

Die Diagnose »Leichentuberkel« sei für diesen Fall durch die mikroskopische Untersuchung »in den Schatten gestellt«.

Zum Schluss erzählt Verf. noch einen Fall, wo sich die Diagnose auf Leichentuberkel als richtig erwies, indem ein damit behafteter Patient wirklich bei Sectionen thätig gewesen war.

A. Bidder (Mannheim).

Bericht des Communehospitals zu Kopenhagen für das Jahr 1873.

Kopenhagen, 1874 (177 Seiten).

In der chirurgischen Abtheilung des Communehospitals (Oberchirurg Dr. Holmer) wurden im Jahre 1873 1134 Patienten behandelt. Von Hospitalkrankheiten wurden beobachtet: 3 Fälle von Pyämie, nämlich: 1) bei einer sehr bedeutenden Adenitis inguinalis mit ausgebreiteten Senkungen; 2) nach Exstirpation eines grossen Carcinoms in der regio parotidea, mit folgendem schweren Erysipelas ambulans; 3) nach einer Lithotomie; hier war die Operationswunde schon geheilt, als eine Phlebitis der linken Unterextremität entstand, welche die Pyämie veranlasste. Die 3 erwähnten Kranken starben alle. Septikämie kam 2 Mal zur Beobachtung: 1) bei einer offenen Fractura cruris, mit einer Kopfwunde und ausgebreiteten Contusionen complicirt; 2) bei einer penetrirenden Wunde im Kniegelenk mit begleitendem Delirium tremens. Auch diese beiden Kranken starben. Erysipelas ist in 14 Fällen entstanden; ausser dem bei der Pyämie erwähnten Falle starben aber nur 2 Kranke. 1 Mal Tetanus nach Quetschung der 4 äusseren Zehen und des vorderen Endes der 4 ossa metatarsi; primäre Amputation im Mittelfuss, Ausbruch des Tetanus nach 8 Tagen. Die Operationswunde war von gutem Aussehen. Chloral, Morphiuminjectionen, lauwarme Bäder und Chloroforminhalationen wurden angewendet (in 24 Stunden 10 grm. Chloral,

0,04 grm. Morphium und eine Chloroforminhalation), doch abgesehen von einer vorübergehenden Erleichterung erfolglos.

Die Zahl der Croupfälle erhebt sich auf 74, mit 35 Todesfällen, die der Tracheotomieen auf 64 mit 34 Todten. Zu letzterer Operation waren indessen ein paar Mal (die Zahl ist nicht angegeben) nicht Croup, sondern andere Krankheiten die Veranlassung. Nach diesem Resultat hebt Holmer den grossen Werth der Operation hervor, besonders da die Croup-Patienten nur in das Spital aufgenommen werden, wenn schon die Operation in Frage kommt. Die Mehrzahl der Kinder waren daher auch sehr stark angegriffen, mehrere waren vollständig moribund.

In der 5. Abtheilung (Oberarzt Dr. V. Rasmussen) wurden 341 chirurgische und 1185 medicinische Patienten behandelt*). Erysipelas entstand hier in 15 Fällen, 9 Mal bei chirurgischen Patienten, von diesen letzteren ist keiner gestorben. Als Verbandmittel für Phlegmonen und gangränöse Wunden wird schwefelige Säure empfohlen. Charpie mit einer Mischung von einer wässerigen 10% Auflösung von schwefeliger Säure mit gleichen Theilen Glycerin angefeuchtet, wird auf die Wunden gelegt, eine mit der Auflösung der Säure angefeuchtete Binde umgewickelt und Alles mit Baumwolle bedeckt. Die Wunden werden mit einer sehr verdünnten Auflösung der Säure gereinigt. Der Verband ist sehr wohlfeil.

Paulli (Kopenhagen).

E. Bottini. Di un nuovo cauterizzatore ed incisore termogalvanico contro le iscurie da ipertrofia prostatica.

(Bologna, tipografia legale 1874.)

Verf. bespricht zunächst die bisher üblichen mechanischen Hülfsmittel gegen die Prostatahypertrophie, nämlich die forcirte Erweiterung, die potentielle Cauterisation, die Incision und die partielle Excision. Unter diesen Mitteln giebt er der Incision der Prostata bei Weitem den Vorzug. Diese hat nach Thompson vor Allem den Zweck, die queren Schleimhautfalten zu durchtrennen, welche durch die Hügel der Prostata erhoben werden und dem Andrang des Urins wie eine Barrière widerstehen. Der hauptsächlichste Uebelstand dieser Methode ist aber die Blutung, die zuweilen recht bedeutend werden kann. Dieser kommt man zuvor, wenn man die Incision auf galvanocaustischem Wege vornimmt. Der dadurch erzielte Schorf verhindert überdiess eine prima intentio der durchtrennten Falte, und mindert die Wahrscheinlichkeit einer jauchigen oder urinösen Infiltration.

Will man aber blos eine Cauterisation, nicht eine Incision bezwecken, so verdient wieder die Galvanocaustik vor dem Cauterium potentiale den Vorzug, weil man deren Einwirkung viel eher auf den

---

*) Das Zusammenlegen der chirurgischen und medicinischen Kranken in dieser Abtheilung ist als ein Versuch, ob ein solches Zerstreuen die Hospitalkrankheiten verhindere, seit einigen Jahren eingeführt. Ref.

gewünschten Ort und Grad beschränken kann. Die beiden Instrumente wurden von den Gebrüdern Boriglione in Novara angefertigt; sie sehen äusserlich einem winkligen Mercier'schen Katheter gleich. Die nähere Beschreibung derselben ist im Originale nachzulesen. Die Instrumente wurden von B. vielfach am Cadaver versucht. Erfahrungen an Kranken scheinen B. noch nicht zur Verfügung zu stehen.

Menzel (Triest).

Kremnitz. Ein Fall von Aneurysma arteriae meningeae mediae, mit Bemerkungen über dessen Diagnose und über die antiseptische Ligatur der Carotis communis.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1874. Bd. IV. Hft. 5 u. 6.)

Bei einer Frau von 61 Jahren entwickelte sich infolge eines Stosses an die rechte Seite des Kopfes oberhalb des Ohres ein Aneurysma der Art. meningea med., das nach einem Jahre die Grösse eines halben Gänseeies erreicht hatte und durch einen Defect von $6^3/_4$ und $8^1/_2$ Cm. Durchmesser im Schläfen- und Scheitelbein aus der Schädelhöhle hervorragte. Ergotininjectionen, sowie Digitalcompression der rechten Carotis waren vergeblich. Unterbindung der Carotis comm. mit carbolisirter Darmsaite, streng nach Lister, brachte Heilung.

Die Operationswunde heilte per primam intentionem. K. bespricht darauf die differentielle Diagnose zwischen Aneurysma der Art. meningea med. und anderen aus dem Schädel hervorwuchernden, pulsirenden Tumoren, und findet als wichtigstes diagnostisches Zeichen für Aneurysma die im mitgetheilten Falle beobachtete Verstärkung der Pulsationen bei Compression der Carotis der anderen Seite.

Die erzielte rasche Heilung schreibt Verf. der Anwendung der carbolisirten Saite und der Lister'schen Wundbehandlung zu, und führt zur Unterstützung seiner Ansicht aus der Literatur eine Anzahl von Unterbindungen grösserer Arterien mit Catgut an, darunter nur wenige Misserfolge, die aber so mitgetheilt sind, dass man sie statistisch kaum verwerthen kann.

Gersuny (Wien).

Mannel. Ueber die natürliche und künstliche Elimination (intraparietaler) Uterusfibroide.

(Prager Vierteljahrsschrift f. prakt. Heilkunde. Bd. 122.)

Verf. giebt eine Uebersicht der bei intraparietalen Uterusfibroiden gebräuchlichen Operationsmethoden mit Hinweisungen auf die einschlägige Literatur. Er hat selbst 2 Fälle operirt, und zwar in dem einen die Enucleation des Fibroids in einer Sitzung vollendet, in dem anderen die partielle Abtragung ausgeführt, weil der sehr grosse Tumor Druck auf die Harnblase ausübte. Ausserdem giebt Verf. eine Zusammenstellung von 22 Fällen von Enucleation intraparietaler

Uterusfibroide, welche theils in der Zusammenstellung von West (Lehrbuch der Frauenkrankheiten) übersehen, theils erst später veröffentlicht worden sind. **Gersuny** (Wien).

O. Petersen. Experimentelle Studien über Pathogenese und Therapie der Cystitis.

Inaug.-Diss. Dorpat, 1874. 61 S.

Verf. hat in einer Reihe von Experimenten bei Hunden durch Einspritzung verschiedener bacterienhaltiger Faulflüssigkeiten und chemischer Agentien (Carbolsäure-, Schwefelsäure-, Aetzkalilösung etc.) in die Blase künstliche Cystitis erzeugt und hält sich infolge dessen zu folgenden Schlüssen berechtigt:

1) »Durch Injectionen coccobacterienhaltiger Flüssigkeiten in die Blase von Hunden entsteht Cystitis«.

2) »Coccobacterienhaltige Flüssigkeiten wirken intensiver, als coccobacterienfreie«.

3) »Durch Salicylsäureinjectionen lässt sich, soviel man aus den angestellten Versuchen schliessen kann, die Cystitis vermindern«.

Verf. scheint den Coccobacterien einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung der Cystitis vindiciren zu wollen, doch genügen seine Experimente in keiner Weise, um einen solchen Schluss zu rechtfertigen. Im Gegentheil brachten bacterienlose, reizende Flüssigkeiten oft noch stärkere Cystitis hervor, als faulendes Blut, obwohl der nach ersterem Versuch gelassene Urin nur wenige »Kugeln« enthielt, der nach dem letzteren entleerte sehr reich an Bacterien war. Versuche mit Isolationsflüssigkeit (Hiller) sind nicht angestellt.

A. Bidder (Mannheim).

Pamard. Concrétions calcaires formées dans les deux bourses prérotuliennes.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 136.)

P. exstirpirte einer 59jähr. Waschfrau beiderseits die präpatellaren Schleimbeutel, welche durch Ablagerung von Kalkconcrementen in vollständig solide Tumoren umgewandelt waren. Links war die Geschwulst 7 Cm. lang und $3^1/_2$ Cm. breit; die Haut war theilweise mit ihr verwachsen, geröthet und in der Mitte ulcerirt. Aus der kleinen Fistelöffnung sickerte etwas serös eitrige Flüssigkeit ab. Der andere Tumor war zwar noch grösser — 8 Cm. lang und 6 Cm. breit — aber von gesunder Haut bedeckt und deshalb der Patientin weniger lästig. Die Enucleation der Concremente sammt der sie umhüllenden Haut gelang ohne Schwierigkeit. Auf der rechten Seite fand sich hinter dem festen Theil der Geschwulst eine Höhle, welche mit dickflüssigem kalkmilchähnlichem Brei gefüllt war. Die chemische Analyse ergab, dass die Tumoren zu 69,5% aus erdigen und nur zu 30,5% aus organischen Bestandtheilen zusammengesetzt waren. —

Als nächste Veranlassung muss wohl die Beschäftigung der Pat. als Waschfrau, die bekanntlich in Frankreich stets im Knieen arbeiten, betrachtet werden. Erscheinungen von Arthritis bestanden nicht.

Desprès operirte ganz ähnliche, nur kleinere, Tumoren ebenfalls bei einer Waschfrau. Doch trennte er die Haut nicht durch einen Kreuzschnitt, wie P., da hierbei das untere Ende der Narbe vor den Tibiaknorren zu liegen kommt und beim Knieen späterhin Unbequemlichkeiten veranlassen kann, sondern indem er durch einen Bogenschnitt einen Hautlappen bildete, der von der Geschwulst lospräparirt und nach oben geschlagen wird. Die Narbe liegt weiter oben und kann nicht gedrückt werden. **Schädel** (Berlin.)

Reder (Wien). Zur Mechanik des Sprunggelenks.

(Wiener med. Zeitung 1874. No. 47.)

Anatomische Betrachtungen über das Sprunggelenk. Als wichtigstes Moment für das Zustandekommen des Plattfusses glaubt Verf. die Ausdehnung der fascia plantaris annehmen zu müssen. Die gebräuchlichen Plattfussmaschinen wirken nun dieser Ausdehnung nicht nur nicht entgegen, sondern steigern dieselbe. R. schlägt als passende Behandlung des Plattfusses vor, zuerst das Redressement zu machen und dann den Fuss auf ein der Fusssohle im unbelasteten Zustande genau angepasstes Brettchen zu fixiren. Hierdurch werde mit Sicherheit eine Entspannung der Fascia plantaris hervorgebracht. Die Pat. müssten während der Behandlung voraussichtlich liegen.

Winiwarter (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Thompson und **Knapp**. Ein Fall von Retinalgliom, klinisch ausgezeichnet durch Familienprädisposition zu Gliom und anatomisch durch die klar nachweisbare Entstehung der Neubildung aus der Körnerschicht. (Mit 2 Holzschnitten.)

(Arch. f. Augen- u. Ohrenheilkunde v. Knapp und Moos. Bd. 5. Abth. 1. No. 7.) Wiesbaden, C. W. Kreidel's Verlag.

Die betroffenen Verwandten waren sämmtlich Kinder unter 4 Jahren und zwar ein Bruder der 1jähr. Patientin, ein Vetter väterlicherseits und 2 Kinder der Tante des Vaters.

Von den beiden Holzschnitten giebt der eine einen meridionalen Schnitt des in Müller'scher Flüssigkeit erhärteten Bulbus; der andere dient zum Nachweis der Entstehung der Neubildung aus der inneren Körnerschicht.

Fränkel (Chemnitz).

Knapp und **Turnbull**. Ein Fall von Retinalgliom mit zahlreichen subperiostalen metastatischen Geschwülsten.

(Arch. f. Augen- u. Ohrenheilkunde v. Knapp und Moos. Bd. 5. Abth. 1. No. 6.)

Bei einem 3jähr. Kinde wurde das rechte Auge exstirpirt wegen eines etwa 7 Monate bestehenden Retinalglioms, welches die Bulbuskapsel schon durchbrochen hatte und trotzdem auch in der rechten Schläfengrube ein Tumor zu fühlen war. 4 Wochen nach der Operation hatten sich neue Geschwülste an verschiedenen Punk-

ten der Schädelsuturen gebildet, die der rechten Schläfengrube war beträchtlich gewachsen und bald zeigte sich auch ein Recidiv in der rechten Orbita. Es traten vorübergehend Convulsionen ein, nach denen alle Schädelgeschwülste theils kleiner wurden, theils mit Hinterlassung geringer Depressionen ganz verschwanden. Das Kind starb schliesslich an Erschöpfung.

Die Autopsie ergab überall den bekannten Bau des Glioms und den Sitz der Tumoren nicht in der Diploë, sondern zwischen Periost, resp. Dura mater und Knochen, oft aussen und innen correspondirend ohne wesentliche Veränderung des dazwischen liegenden Knochens. **Fränkel** (Chemnitz).

Dolbeau. Macrochylie.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 146.)

D. operirte einen exquisiten Fall von angeborener, auf Lymphangiektasie beruhender Macrochylie bei einem kleinen Kinde. Die colossal verdickte und verlängerte, rüsselförmig vorstehende Oberlippe wurde durch einen der Mundspalte parallel verlaufenden Schnitt gespalten und so viel von dem zwischen Haut und Schleimhaut liegenden derben Gewebe excidirt, bis die Lippe ungefähr auf ihr normales Volumen reducirt war. Das entfernte Stück bestand aus fibrösem Gewebe mit enorm dilatirten Lymphräumen. — Da das Kind 1 Jahr nach der Operation zufällig an tuberkulöser Basilar-Meningitis starb, konnte D. nachträglich noch die Lippe untersuchen und sich überzeugen, dass kein Recidiv eingetreten war.

Schädel (Berlin).

Oberrit. Abscessus retropharyngealis.

(Wiener med. Presse 1874. No. 47.)

Verf. beschreibt, wie er selbst bemerkt, den Fall nur wegen der im Allgemeinen grossen Seltenheit des Vorkommens von Retropharyngealabscessen in den ersten Lebensmonaten.

Ein 7wöchentliches Kind begann einige Zeit nach der Impfung wiederholt zu fiebern, und es zeigte sich eine Anschwellung in der rechten Unterkiefergegend, welche bei Druck empfindlich war. Aus der Nase floss viel Schleim, ohne dass die Schleimhaut derselben nach Coryza aussah. Hierzu gesellte sich Laryngeal- und Bronchialkatarrh. Aus dem Munde entleerte sich ebenfalls viel Schleim, und der Zungenrücken und der weiche Gaumen zeigten sich in dem verkleinerten Rachenraume geschwellt. Das Schlingen wurde immer schwerer; auch traten zuweilen Suffocationsanfälle auf. Das Kind hielt den Kopf immer hinten über und athmete schnarchend wie bei Croup.

Die Digitaluntersuchung zeigte jetzt einen Abscess an der hinteren Pharynxwand. Incision. Rasche Heilung. O. citirt einige Autoren, die über diese Erkrankung bei Kindern im frühen Alter bemerken, dass das Leiden anfänglich oft in trügerischer Form auftrete, die Symptome desselben sind fast regelmässig wie im obigen Falle. **Fr. Steiner** (Wien).

Fleury. Absence congénitale de la vessie — Incontinence d'urine, péritonite développée à la suite de cathétérisme.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 132.)

Pat., ein blühendes junges Mädchen, suchte wegen Incontinentia urinae, die angeblich vor einem Jahr infolge einer inneren Krankheit plötzlich entstanden sein soll, bei F. Hülfe. Die Genitalien waren durchaus normal entwickelt. Der Urin tropfte aus der Urethralöffnung ab. Ein in die Urethra eingeführter Katheter stiess in der Tiefe von 4 Cm. auf ein Hinderniss, welches in Anbetracht der Incontinenz für die hintere Wand der stark contrahirten Blase gehalten wurde. Am Tage nach dem Katheterismus zeigten sich die ersten Symptome einer diffusen eitrigen Peritonitis, die schon nach 8 Tagen zum Tode führte.

Bei Eröffnung der Unterleibshöhle fand sich im kleinen Becken nur der Uterus

und das Rectum; von der Blase war nicht die geringste Andeutung zu entdecken. Die 4 Cm. lange Urethra endete als blinder Canal ungefähr in der Gegend des collum vesicae; beide Ureteren mündeten in ihr blindes Ende ein. In der linken Niere sassen mehrere Cysten, sonst waren die Harnorgane und Genitalien normal. Wodurch der Katheterismus die tödtliche Peritonitis angefacht hat, lässt F. unerörtert; er soll sehr schonend ausgeführt worden sein und von einer Perforation der Urethra ist im Sectionsbericht nicht die Rede.

Die auffallende Behauptung der Pat., dass ihr Leiden erst 1 Jahr alt sei, berichtigte ihre Mutter nachträglich dahin, dass sie es schon seit ihrem 4. Lebensjahre bemerkt habe. F. vermuthet, dass durch die erwähnte Krankheit vielleicht der Urin eine reizendere Beschaffenheit bekommen und hierdurch erst grössere Beschwerden veranlasst habe. **Schädel** (Berlin).

A. Michaelis. Schuss durch das Becken eines 6jährigen Mädchens. Leichte Verletzung.

(Wiener med. Presse 1874. No. 47.)

Auf ein 6jähr. Mädchen wurde in der Distance von 60—80 Cm. unvorsichtiger Weise von einem Manne ein Revolver abgeschossen, dessen Projectil — eine Spitzkugel von 12 Mm. — die Bauchwand des Kindes 15 Mm. links von der linea alba, mitten zwischen Nabel und Symphyse traf. Das Kind blieb darnach aufrecht stehen, und hatte nur einen dumpfen Schlag gefühlt. Am Bauche fand sich eine schlitzförmige Hautwunde, welche im Hinblick auf die Schussdistance, die Brandspuren an den correspondirend mit der Wunde durchschossenen Kleiderlagen, sicher penetrirend sein musste. Das linke Bein wurde im Gehen und Liegen in Abductionsstellung gehalten; oben innen am Oberschenkel eine Ecchymose. Kein Schmerz. M. meint, die Kugel müsse durch die Incis. ischiad. major ausgetreten sein, hierbei den oberen Rand des M. pyriform. verletzt haben, woraus sich, durch Reizung dieses Muskels, die Abductionsstellung erkläre.

50 Stunden nach der Verletzung traten Fieber, Uebligkeit, Brechneigung ein; der Bauch wurde aufgetrieben, die Wundränder schwollen an.

Am 5. Tage nach der Verwundung entleerte sich etwas Eiter aus der Wunde, worauf alle bedenklichen Symptome schwanden. Am 8. Tage stand Pat. schon auf. Die Abductionsstellung schwand nur allmälig.

3 Monate später fühlte man 7—8 Cm. unter der Gesässfalte der Pat. einen festen Körper. M. schnitt die hier — zwischen Musc. biceps und M. semimembr. — liegende Kugel aus. Der Fall wurde vom Gerichte als leichte Verletzung aufgefasst. **Fr. Steiner** (Wien).

K. Reiss. Fall einer Darmperforation. Heilung.

(Wiener med. Presse 1874. No. 45.)

Ein 27jähr. Soldat bekam (1859) einen Bauchschuss. Angeblich heftige Blutung. Erst nach 5 Stunden kam er in ärztliche Behandlung. Bald stellte sich lebhaftes Fieber ein, der Bauch schwoll an; bei der Stuhlentleerung sollen wiederholt viel schwarze Blutcoagula abgegangen sein. Allmälige Besserung. Eine Blut und Eiter entleerende Fistel am Bauche bestand noch lange, endlich heilte sie auch. 1 Jahr darnach fand R. in der linken Bauchgegend des Mannes eine von der Spina anter. infer. gegen die linea alba hinreichende, teigige Geschwulst, empfindlich bei Druck. Die linke untere Extremität war bedeutend schwächer, als die rechte. Hinten nirgends eine Narbe. Der Druck an der linken Seite des Kreuz- und Steissbeines, sowie nach dem Nerv. ischiad. herab bis 3 Zoll vom Kniegelenke entfernt, ja selbst das blose Antasten dieser Extremität ist unerträglich schmerzhaft. Dabei fühlt der linke Fuss den Fussboden nur undeutlich. Sprung- und Zehengelenksfunctionen beschränkt. Stuhlentleerung erfolgt nur unter schmerzhaftem Drängen, wobei die Geschwulst am Bauche sich vergrössert. Kein Leistenbruch.

Verf. meint, die Kugel stecke in der linken Kreusbeingegend. Die Narbe am Bauche und die (freilich sehr mangelhaften) Daten der Krankengeschichte sprächen für eine geheilte Darmperforation. **Fr. Steiner** (Wien).

Gosselin. Sur un cas d'épiplocèle inguino-scrotale irréductible.

(Le progrès medical 1874. No. 47.)

Die Irreponibilität eines Darmbruches wird nach G. durch Peritonitiden im Bruchsack veranlasst, die Adhäsionen eines Netzbruchs sind die Folge von larvirten Entzündungen. Trotz der Verwachsungen kann der vorhandene Tumor (Netzbruch) zeitweilig vergrössert werden durch Hinzutreten eines andern Netzstückes oder einer Darmschlinge, oder durch das Auftreten von Flüssigkeit. In Betreff der Prognose, einer Epiplocele muss man besonders die Incarceration einer Darmschlinge fürchten. Nach Scarpa nimmt G. 3 Arten von Adhaesionen an: cellulöse, cellulo-fibröse und fibröse. Nur die ersteren sind der Lösung fähig; vermuthen kann man dieselben, wenn die Irreponibilität erst kurze Zeit bestanden hat. Therapie: absolute Bettruhe während der Dauer von wenigstens 6 Wochen, um die Vergrösserung des Volumens und Entzündungen zu vermeiden, ferner herabgesetzte Ernährung, wiederholte Darreichung von Abführmitteln, um das Netz kleiner zu machen (faire maigrir) und die Adhäsionen zur Resorption zu bringen. Dann Reposition.

Derselbe. Sur un cas de phlébite variqueuse.

(Le progrès médical 1874. No. 48.)

Anschliessend an einen concreten Fall bespricht G. in einer Vorlesung die Entzündung der Varicen. G. sagt, bei Entzündung der tiefen Venen sei besonders die t. intima Sitz der pathologischen Veränderungen, bei Entzündung der oberflächlichen, varicösen Venen dagegen hauptsächlich die externa und die Zellscheide, während die intima erst secundär ergriffen werde (in beiden Fällen Thrombose). Die Endophlebitis führt nach G. höchst selten zur Eiterung, die Periphlebitis oft, doch kommt häufiger Zertheilung vor, während Embolie der Lungenarterien ein seltener Ausgang ist. — G.'s Therapie: Absolute Bettruhe, leichte Diät, Cataplasmen. **Petersen** (Kiel).

Richet. Des esquilles emprisonnées dans les cals.

(Le progrès médical 1874. No. 8—10.)

R. bespricht in einem klin. Vortrage die Differential-Diagnose der Caries und Nekrose einerseits und der in Callus eingebetteten, primären, traumatischen Knochensplitter andererseits (secundäre Splitter verhalten sich wie die durch Krankheit entstandenen Sequester). Wenn man bei der Nekrose mit der Sonde untersucht, bluten die Granulationen leicht, und beim Aufstossen auf den Sequester hört man ein hellklingendes Geräusch (bruit sec, éclatant). Primäre Splitter können lange, nach R.'s Erfahrungen 7 Jahre, im Callus stecken, ohne ihre Gegenwart zu verrathen und dann noch zu Entzündungen und Abscessen Veranlassung zu geben. Bestehende Fisteln haben indurirte Ränder, die abgesonderte Flüssigkeit ist mehr serös. Bei der Sondenuntersuchung entsteht keine Blutung, selbst wenn der Pat. lebhafte Schmerzen empfindet, und man hört keinen hellen Ton beim Aufstossen mit der Sonde. Der Splitter liegt in einer knorpelähnlichen Höhle (loge comme cartilagineuse enfermant le corps étranger). **Petersen** (Kiel).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede**, in Halle a. S. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 5. **Sonnabend, den 30. Januar.** **1875.**

Th. Billroth und **J. v. Mundy.** Ueber den Transport der im Felde Verwundeten und Kranken.

Erste Abtheilung: Th. Billroth. Historische und kritische Studien über den Transport der im Felde Verwundeten und Kranken auf Eisenbahnen.

Wien. C. Gerold's Sohn. 1874. 203 S. 8⁰. Mit 1 Tafel.

Vorliegendes Werk verdankt seine Entstehung der im Octbr. 1873 in Wien versammelten »internationalen Privatconferenz über Verbesserung der Pflege der im Felde Verwundeten und Kranken« und giebt eine historische und kritische Darstellung des Verwundetentransports auf Eisenbahnen von technischer, chirurgischer und hygienischer Seite, wobei die vorhandene Literatur und insbesondere die in dem deutsch-französischen Kriege von 1870/71 gemachten und seither veröffent-

lichten Erfahrungen sorgfältig benutzt werden. Auf diese Weise hofft Verf., und gewiss mit Recht, die beste Basis für weitere Verbesserungen und Neuerungen auf diesem, für die jetzige Zeit so wichtigen Gebiete zu gewinnen.

Nach einem historischen Abriss, in welchem die allmälige Entwicklung der Lazarethzüge von ihrer ersten beschränkten Anwendung während des Krimkrieges bis zu der gewaltigen Ausdehnung, welche sie in dem letzten grossen Kriege genommen, ausgeführt und namentlich hervorgehoben wird, dass die deutschen Lazarethzüge von 1870/71, so, wie sie nach und nach halb Europa durcheilten, selbst bei gerechter Würdigung der vorausgegangenen amerikanischen Leistungen im Verwundetentransport, doch als eine ganz neue Schöpfung anzusehen seien, geht B. über zu einer Kritik dieser Lazarethzüge im Einzelnen. Von den einzelnen Gliedern, welche zu einem Lazarethzuge zusammengefügt werden, wird zuerst der Verwundetenwaggon allseitig besprochen, und gerade hier geben die im letzten Kriege gewonnenen Erfahrungen dem Verf. reichliches Material, sich eingehend mit den Fragen der Ventilation, der Heizung, der Wagenconstruction, des Ein- und Ausladens der Verwundeten und ihrer Lagerung im Waggon zu beschäftigen. Diese Ausführungen gewinnen noch wesentlich an Bedeutung durch den Umstand, dass B. bei der Behandlung rein technischer Fragen competente Fachleute rathend zur Seite standen. — Nachdem dann die zweckmässigste Grösse des Lazarethzuges nach Zahl der Verwundeten und der Waggons erörtert worden, geht B. zur Beschreibung der ausser den Verwundetenwaggons noch weiter erforderlichen Räume eines solchen fahrenden Hospitals über, nämlich zur Beschreibung des Aerzte-, Küchen-, Magazin-, Speise- und Monturwaggons, und reiht daran einen kurzen Ueberblick über die Kosten, welche ein Lazarethzug von den verlangten Eigenschaften verursachen würde. Die letzten Kapitel des Buches befassen sich mit der Zusammenstellung des Lazarethzuges (dem Rangiren der Waggons) und der Vertheilung der Verwundeten und Kranken in demselben; auch werden die Leitung und Führung der Lazarethzüge, sowie die Art und Weise, wie diese, einmal in Action gesetzt, am besten ihre Aufgabe zu lösen im Stande sind, einer Kritik unterworfen. — Die sehr ins Detail gehenden Ausführungen der hier nur kurz angedeuteten Gegenstände müssen im Original nachgesehen werden.

Krönlein (Berlin).

Deneffe et van Wetter. Nouveaux cas d'anesthésie par injection intraveineuse de chloral selon la méthode de M. le professeur Oré.

(Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique Tome VIII. No. 9, 10, 11.)

Die Vff., welche schon einen Fall von Anästhesirung nach der Oré'schen Methode durch Chloralinjection in die Venen mitgetheilt haben (cf. Centralbl. f. Chir. 1874. No. 34). sind im Stande, wiederum

16 Fälle zu veröffentlichen, welche sämmtlich glücklich verliefen. Davon sind ihnen 11 eigen, während die 6 anderen aus der Oré'schen Klinik herrühren.

Die verschiedensten Operationen indicirten die Narkose; das Alter der Patienten schwankte zwischen 21 und 74 Jahren.

Die Vff. bedienten sich meist einer mehr verdünnten wässrigen Chlorallösung, als Oré es ursprünglich angab; sie fanden am zweckmässigsten eine 15—25% Lösung.

Durchschnittlich genügen 4—8 grm. Chloral zur absoluten Anästhesie; ein einziges Mal musste bei einem kräftigen Mann 12 grm. infundirt werden.

Die Procedur selbst ist sehr einfach: die Lösung wird mit einer guten Spritze durch eine direct in die Vene eingestochene feine Troikartkanüle injicirt. Es ist wichtig, nicht zu rasch und auch nicht zu langsam einzuspritzen. Es soll ungefähr 0,5—0,7 grm. Chloral in der Minute eingeführt werden, so dass die Gefühllosigkeit der Cornea nach 6—12 Minuten eintritt.

Die Narkose war stets ausgezeichnet und dauerte 1/4—1 Stunde ohne die geringste Störung. Das bei der Anwendung des Chloroform so häufig beobachtete Erregungsstadium und das Erbrechen fehlten vollständig. Ebensowenig hatte man mit asphyktischen Erscheinungen zu thun. Einige Mal jedoch zeigten sich gegen Ende der Narkose Hustenreiz und eine zwar nicht unbeträchtliche, dafür aber stets rasch vorübergehende Pulsbeschleunigung.

Auf das anästhetische Stadium folgte stets ein tiefer, selten unterbrochener, 5—24stündiger, in keiner Weise beunruhigender Schlaf.

An der Injectionsstelle liess sich nie die geringste Reaction beobachten; Thrombose oder Phlebitis sind folglich nur theoretisch zu befürchten. Zwei Mal war der zuerst gelassene Urin leicht blutig; der nächstfolgende hatte indessen schon wieder die normale Beschaffenheit.

Nach den bisherigen Erfahrungen soll somit diese neue Methode grosse Vorzüge vor den Chloroform- oder Aetherinhalationen haben. Sie bietet eine verhältnissmässig viel grössere Sicherheit und Wirksamkeit; sie erlaubt eine mathematisch genaue Dosirung des Mittels; der Operateur ist von den unangenehmen Complicationen der Chloroformnarkose befreit und die vollkommene lange Ruhe, welche nach der Anästhesie eintritt, erfüllt eine, besonders bei einzelnen Operationen, z. B. bei der Staarextraction, ausserordentlich wichtige Indication. Endlich zeigen die Thatsachen, dass diese Chloralinfusion ganz ungefährlich ist. (Diese Ungefährlichkeit dürfte nach 18 Fällen doch noch nicht so sicher bewiesen sein. Ref.)

Zum Schluss begrüssen die Vff. in diesen ersten Versuchen den ersten Anstoss zu einer neuen (?) vielversprechenden therapeutischen Methode, zur Darreichung medicamentöser Substanzen durch Infusion in die Venen; und fordern zur weiteren Nachahmung auf. — (Die

Infusion medicamentöser Stoffe in die Venen ist bereits seit der ersten Hälfte des 17. Jahrhunderts bekannt gewesen. Ref.)

Girard (Strassburg i/E.).

W. Wagstaffe. Ueber Darmverschluss; seine Symptome, Ursachen und Behandlung.

(St. Thomas's Hosp. Reports 1873. p. 179 u. ff.)

Eingangs dieser gediegenen Abhandlung macht W. auf den hohen Werth der Simon'schen Manual-Untersuchung behufs Eruirung der Localisation des Verschlusses aufmerksam und illustrirt dieses durch die detaillirte Krankengeschichte eines Falles, in welchem bei einer 30jährigen Frau die Rectaluntersuchung als Grund des langsam ausgebildeten Verschlusses einen bösartigen Tumor auffand, welcher von der Synchondr. sacro-iliaca ausging und an einer Stelle in die vordere Wand des Rectum hineingewuchert war. Die Anlegung eines künstlichen Afters in der rechten Inguinalgegend hob die Erscheinungen des Verschlusses.

Zur Bestimmung des Sitzes der Verschlussstelle benutze man combinirt die bekannten Untersuchungsmethoden; die genaue äussere Untersuchung wird unterstützt durch die innere manuelle, durch die Eintreibung von Luft, resp. Einfüllung von Wasser, durch die Berücksichtigung des Verlaufs des Darmverschlusses besonders seiner Acuität, der Localisation der vorhandenen Schmerzen, des Eintritts des fäculenten Erbrechens. Auf die Details dieser Methoden, auf die Wiedergabe der interessanten Krankheitsgeschichten und der den verschiedenartigen Befund illustrirenden Zeichnungen muss hier verzichtet werden. Die Arten des Darmverschlusses berücksichtigt W. unter folgenden 3 Gesichtspuncten.

Die verschliessende Ursache liegt: 1) ausserhalb der Darmwandung; 2) in einer krankhaften Entartung der Darmwände selbst; 3) in dem Darmlumen selbst.

Zur 1. Categorie gehören die Verschliessungen durch feste Bänder (solitary bands), die am häufigsten vorkommende und die grösste Mortalität aufweisende Verschlussform. Schon Philipps setzte ihr Vorkommen auf 33% fest und Gay konnte 1861 148 Fälle anführen. Die Bänder, die Residuen vorausgegangener Entzündungen, stellen Verlöthungen von Eingeweiden, von Mesenterium oder Netz mit anderen Theilen dar, oder eine Lücke im Mesenterium oder Netz mit festem, verdicktem Rande. Auch können hierher gerechnet werden die inneren hernienartigen Einklemmungen in eine natürliche Oeffnung, z. B. for. Winsl., oder in eine abnorme Oeffnung, z. B. Spalte des Zwerchfells, und die Reductionen en masse und in einen zweiten Bruchsack; endlich sind hier die Verschlüsse verursacht durch Tumoren zu registriren.

Bei Berücksichtigung der Fälle von Darmverschluss, in welchen der Darm selbst die Schuld trägt, treffen wir zuerst auf die Ver-

schlingung, Verknotung der Därme (»Volvulus«). Unter 600 von Brinton gesammelten Beobachtungen bestand dieselbe in 52%; die Invagination liefert nach Brinton 43% aller Verschlüsse.

Hierher kann man auch rechnen den Littre'schen Bruch, den anus imperforatus und den Defect des Darmcanals und endlich die Unwegsamkeit, Strictur, hervorgerufen durch bösartige Tumoren des Darms, hauptsächlich in der Wandung des Rectum. Sehr selten ist die Ursache eine Paralyse der Därme und der Verschluss durch Hämorrhagie in die Darmwandung (Bretonneau).

Was die Verschlüsse der dritten Abtheilung anlangt, so ist die enorme Gasausdehnung (Martyn) eine seltene, häufiger die durch feste Masse; dahin zählen die Anhäufungen durch unverdaute Nahrung, durch sogenannte Concretionen und fremde Körper (Haare, Spulwürmer, Gallensteine etc.). — Vielfache Beispiele hierfür aus eigener und Anderer Erfahrung sind im Original einzusehen. Die Diagnose, dass ein Darmverschluss statthabe, und welche Art des Verschlusses muthmasslich statthabe, bietet in der Abhandlung keine neuen Gesichtspuncte.

Die Therapie des wirklichen Verschlusses verlangt mit Ausnahme der leicht entfernbaren fremden Körper im Rectum und einer dilatirbaren Strictur desselben, immer einen entschiedenen Eingriff: die Eröffnung des Darmes in der linken Lende, oder in der rechten Leiste; oder die Eröffnung des Abdomens mit Aufhebung des Verschlusses durch Lösung der frischen Invagination oder Zerreissung der Bänder.

Der Abhandlung ist eine Tabelle von 18 tödtlich abgelaufenen Fällen von Darmverschlüssen beigefügt, welche in den letzten 10 Jahren im St. Thomas Hospital zur Beobachtung kamen; darunter fanden sich 6 verursacht durch Tumoren der Darmwandungen, 6 durch Bänder oder Adhäsionen, 4 durch Stricturen, 2 durch Invaginationen.

Unter diesen wurde in einem Falle von Solly (1864) die Colotomie gemacht (Carc. recti.), in einem zweiten von Mc. Cormac (1872) die Colotomie und da das Colon leer gefunden wurde, die Enterotomie in der rechten Leiste. Pils (Stettin).

A. Jacobi (New York). Gastrotomy in stricture of the oesophagus.

(New York med. Journal 1874. No. 113—114.)

Verf. theilt einen Fall von Gastrotomie wegen Oesophagusstrictur mit und giebt im Anschluss hieran aus der Literatur eine Zusammenstellung der analogen Fälle. Der Fall betrifft eine 52jährige Frau, welche innerhalb der vorhergehenden 13 Jahre an einem Scirrhus der Mamma und dessen Recidiven wiederholt operirt und mit Electrolyse behandelt worden war. Die wahrscheinlich carcinomatöse Strictur hatte ihren Sitz in der Höhe des Ringknorpels und hatte bereits complete Dysphagie bewirkt; dabei bestand hochgradige Ab-

magerung und Schwäche. Am 24. April 1874 wurde die Gastrotomie (warum nicht Oesophagotomie? Ref.) ausgeführt: der $2^1/_2$ Zoll lange Hautschnitt verlief senkrecht von dem Interstitium zwischen den Enden des 7. und 8. Rippenknorpels nach abwärts, das Peritoneum wurde in der Länge von $1^1/_2$ Zoll gespalten und hierauf die vordere Wand des Magens (in der Mitte zwischen der grossen und kleinen Curvatur), nachdem dieselbe durch 2 hindurchgezogene Fadenschlingen fixirt war, zwischen diesen beiden durch einen zolllangen Schnitt eröffnet. Schliesslich wurden die Wundränder der Magenwand an die der äusseren Bauchwand mit 8 Nähten angeheftet. Der Verlauf, in den ersten Tagen günstig, nahm vom 5. Tage an mit der Entwicklung einer eitrigen Infiltration in der Zellgewebs- und Muskelschicht der Bauchwand eine ungünstige Wendung und nachdem noch am 9. Tage eine Transfusion von 4—5 Unzen defibrinirten Blutes ohne sichtlichen Erfolg vorgenommen war, erfolgte am 10. Tage der tödtliche Ausgang an Septicämie. Bei der Section, bei welcher blos die Bauchhöhle geöffnet wurde, fand sich kein Exsudat und keinerlei Flüssigkeit in der Bauchhöhle, der Magen im Umfang der Wunde mit der Bauchwand verlöthet.

An die Mittheilung dieses Falles reiht Verf. eine Zusammenstellung von 14 bekannt gewordenen Fällen von Gastrotomie wegen Oesophagusstenose. Aus derselben ist zu entnehmen, dass betreffs der Nationalität der Operateure sich unter denselben 9 Engländer, 2 Franzosen und je 1 Deutscher und Amerikaner befinden. Die Stenose war bedingt in 11 Fällen durch Carcinom des Oesophagus, in einem Falle durch Aetznarben, in 2 Fällen ist die Ursache nicht bekannt. In sämmtlichen Fällen erfolgte der tödtliche Ausgang; der längste Termin, welcher nach der Operation überlebt wurde, war 11 Tage, der kürzeste 12 Stunden. Die Todesursache war nur in 2 Fällen eitrige Peritonitis, in den übrigen Erschöpfung, Shoc, Herzdegeneration, Pneumonie. Verf. fordert trotz dieser ungünstigen Erfolge zur Wiederholung der Operation auf, indem er die Schuld an jenen Resultaten theils auf Rechnung einer fehlerhaften Technik und Nachbehandlung, theils auf Rechnung davon setzt, dass alle jene Fälle eigentlich erst in articulo mortis operirt worden sind. Verf. empfiehlt namentlich während der ersten Tage nach der Operation, bis die Magenwand durch Adhäsionen fixirt ist, die Ernährung vom Rectum aus.

P. Bruns (Tübingen).

Czerny. Eine Elephantiasis Arabum congenita mit plexiformen Neuromen.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 3. p. 357—384.)

Die im 27. Jahre verstorbene Patientin, Abkömmling eines geschwulstreichen Geschlechts und Tochter einer von Hecker in den 60ger Jahren operirten Frau, trug wie die Mutter am Rücken eine zu enormer Grösse angewachsene Geschwulst congenitalen Ursprungs,

welche gegen das Lebensende an der Basis von einer Linie umgrenzt wurde, die von der linken Sp. post. sup. im Bogen zum 10. Brustwirbel, von da nach abwärts zur Mitte des rechten Darmbeins zog und von da über rechten Tuber ischii zum Ausgangspunct zurückführte (Umfang von ca. 100 Cm.). Sie hing beutelförmig auf ca. 80 Cm. bis in die Gegend der Kniekehle hinab und endete in 2 rundlichen, resp. hahnenkammartigen Fortsätzen. Im Zusammenhang damit war eine Hautpartie, welche an der Aussenvorderseite des rechten Oberschenkels, entsprechend dem Bezirke des N. cutaneus femoris ext. und med. bis zum Knie sich heruntererstreckte und ebenfalls von der Geschwulstbildung ergriffen war.

Ref. muss sich beschränken, mit Uebergehung des Krankheitsverlaufes aus der überaus sorgfältigen Section und mikroskopischen Untersuchung Folgendes hervorzuheben. — Der Innenfläche der rechten Beckenhälfte liegen Packete von wulstigen Geschwülsten auf, welche Verdickungen der vorderen Zweige des rechten Lumbalnervengeflechtes sind. Sie beginnen von der Stelle der Intervertebralganglien, stehen unter einander in plexusartiger Verbindung und haben den Sympathicus lumbalis mit in die Degeneration hineingezogen. Aehnlich sind die Nn. femoris cutaneus ext. und med. und N. Saphenus major entartet.

In der Hauptgeschwulst des Rückens finden sich ausser den sogleich zu beschreibenden mikroskopischen Eigenthümlichkeiten, zum Theil parallel mit den grösseren Blutgefässen, derbe, markweisse Stränge, von der Dicke einer Rabenfeder bis zur Dicke einer Gänsefeder, die vielfache rosenkranzförmige Anschwellungen zeigen und sich netzartig verbinden. Der Zusammenhang dieses Flechtwerkes mit den Dorsalästen der Lumbal- und Kreuzbeinnerven lässt sich leicht durch das Messer darstellen.

Die Hauptgeschwulst ist als Elephantiasis congenita aufzufassen und zwar von jener seltenen Form, die man als die neuromatöse bezeichnet hat. Sie ist aus einer Hyperplasie des subcutanen Gewebes hervorgegangen und enthält zahlreiche Saftcanalsysteme, welche mit grossen, ein weites Canalsystem darstellenden Lymphräumen zusammenhängen. Interessant ist der Nachweis von glatten Muskelfasern und Lymphräumen um die Talgdrüsenfollikel, vor allem aber die Combination mit den Nervengeschwülsten. Es bestehen diese letzteren hier der Hauptmasse nach aus Bindegewebe, in welches Ganglienzellen, markhaltige und zahlreiche neugebildete marklose Nervenfasern eingestreut sind.

Die Frage über die Bedeutung dieser Nervengeschwülste für die elephantiastischen Bildungen berührend, meint C., es habe der Process in den Nerven begonnen und die Hauterkrankung dann herbeigeführt, als er bis zu einem gewissen Grade gediehen war. Namentlich möchte von einer Erkrankung der sympathischen (trophischen) Fasern die Hyperplasie des subcutanen Zellgewebes abzuleiten sein.

Wilh. Koch (Berlin).

Gilman Kimball. Cases of drainage from the cul-de-sac of Douglass after ovariotomy.

(The Boston med. and surg. Journal 1874. Vol. XC. No. 22, 24, 25. Vol. XCI. No. 6, 7 und 12.)

K. theilt 9 Fälle von Ovariotomie mit, in welchen sämmtlich bei der Nachbehandlung die Drainage der Peritonealhöhle vom Douglas'schen Raume aus durch die Vagina unterhalten wurde. In seinen ersten Fällen bewerkstelligte er die Drainage so, dass er die Unterbindungsfäden des in der Peritonealhöhle zurückgebliebenen Geschwulststieles einfach durch die künstliche Oeffnung in der hintern Vaginalwand aus der Scheide herausleitete. Die Fäden sollten das sich ansammelnde Secret, von dessen Retention er Gefahr fürchtet, nach aussen leiten. Er fand jedoch bald diese Art der Drainage mangelhaft, indem sich die künstliche Communication zwischen Douglas'schem Raum und Scheide schon am 2. oder 3. Tage schloss, und stellte er deshalb erstere durch das Einlegen einer silbernen Kanüle her, die er bis zum vollständigen Aufhören des Ausflusses liegen liess. Durch diese Kanüle nahm er auch in einzelnen Fällen das Ausspülen des Cav. periton. mit erwärmter wässriger Kochsalzlösung (1:20) vor. Von den 9 Fällen, die, wie aus den Beschreibungen hervorgeht, in ihrer Mehrzahl complicirter und schwerer Natur waren, wurden 7 geheilt. 2 der Operirten starben, eine an Tetanus am 22. Tage nach der Operation, die zweite am 12. Tage nach der Operation infolge allgemeiner Peritonitis und Septikämie (Krankengeschichten im Original). K. spricht sich infolge seiner Erfahrungen sehr günstig über die Drainage der Unterleibshöhle nach Ovariotomieen aus und sagt, man könne ihrer nur in ganz reinen, uncomplicirten Fällen, wo man keine secundären Ergüsse zu erwarten habe, entbehren.

A. Burger (London).

M. Langenbeck (Hannover). Radicalcur der Brüche.

(Memorabilien 1874. Hft. 7. p. 293.)

Durch folgende Methode der Implantation hat L. in 7 Fällen von Inguinalhernie und 2 von Cruralhernie vollen Verschluss der Bruchpforte erzielt. Ein zungenförmiger, mit seiner 1—1½" breiten Basis nach oben gelegener Lappen wird aus der vorderen Schenkelfläche derart gebildet, dass der innere Begrenzungsschnitt in der Höhe zwischen Symph. oss. pub. und tuberc. pub. beginnend, 1½—2" nach abwärts und etwas nach aussen geführt wird; bei der H. inguin. etwas höher über dem Lig. Poup., als bei der H. crural., wird von dieser Schnittwunde aus, die durch Unterhautzellgewebe und Fascia superf. geht, der Zeigefinger in der Richtung des äusseren Leistenringes vorgeschoben, durch den ganzen Canal hindurchgeführt. Bei Schenkelbrüchen hat man die etwa noch vorhandene Fasc. cribrosa zu durchbrechen, dann von der fossa ovalis aus in der Richtung des Annul. crur. vorgehend, die plic. falciform. bis zum Lig. Poupartii

hin zu durchreissen und endlich das etwa erhaltene Septum crurale zu perforiren und die im annul. crur. befindliche Vertiefung der vagin. vasor. zu zerreissen. Nachdem die Bruchcanäle und Pforten so frei, resp. wund gemacht sind, wird nach aussen vom ersten Schnitt fast in derselben Höhe beginnend, der zweite äussere $1^1/_2$—2" nach unten und etwas nach innen geführt und die convergirenden Schnittenden durch einen unteren bogenförmigen verbunden; der umschnittene Hautlappen wird abpräparirt und möglichst tief in die Bruchcanäle eingeschoben; Vereinigung der frischen Wundränder, das ganze Operationsfeld und den Bruchcanal deckender Charpie-Verband, Kälte durch 6—12 Stunden. In der ersten Zeit wird ein Bruchband noch getragen; nach 10—12 Tagen Verlassen des Bettes. Bei mehreren Patienten fand L. nach $^1/_4$—$^1/_2$ Jahre die Bruchpforten ausnehmend fest und hart verschlossen. **Pils** (Stettin).

Démarquay. Sur un nouveau procédé opératoire applicable à la hernie ombilicale étranglée.

(Bulletin général de thérapeutique Vol. LXXXVII. No. 8.)

Die Operation des eingeklemmten Nabelbruches bietet bekanntlich eine recht schlechte Prognose; eine tödtliche Peritonitis tritt in den meisten Fällen ein.

D. hat diese Gefahr durch folgendes viel weniger eingreifende Verfahren zu verringern gesucht.

Er führt über den unteren linken Rand der kugeligen Geschwulst einen kurzen radiären Schnitt, welcher den Bruchsack nur wenig und sehr nahe am einklemmenden Ring eröffnet; letzterer wird mit einem concaven geknöpften Bistouri ca. 2 Cm. tief eingeschnitten. Nachdem der Operateur auf diese Weise die Einklemmung gehoben hat, reducirt er den Bruchinhalt gar nicht, sondern lässt ihn liegen und verschliesst die Wunde mit Nähten.

Von 4 nach dieser Methode operirten Kranken kam 1 durch (? Ref.). **Girard** (Strassburg i/E.).

Gross. De l'expectation dans le traitement des morsures de vipères.

(Revue médicale de l'Est Bd. II. No. 9.)

Verf. glaubt, dass der Natterbiss in unseren Gegenden nicht lebensgefährlich sein kann (? Ref.); das Gift werde übrigens so schnell resorbirt, dass nur das Aussaugen der Wunde unmittelbar nach der Verletzung eine rationelle Begründung beanspruchen könne. Sonst seien alle anderen empfohlenen Behandlungsmethoden: Aetzungen, Incisionen der Stichwunden oder, wie man es neuerdings empfahl, intra-

venöse Ammoniakinjectionen, höchstens unnütz, manchmal gefährlicher als das Uebel selbst. Man solle exspectativ oder einfach symptomatisch verfahren. **Girard** (Strassburg i/E.).

B. Solger. Ein Fall von knöcherner Ankylose des linken Kiefergelenks.

(Virch. Archiv Bd. LX. p. 360.)

Diese bisher noch nicht beschriebene Missbildung fand sich an einem leider nicht vollständig erhaltenen Schädel der anatom. Sammlung zu Jena. Ueber die während des Lebens zu beobachtenden Erscheinungen fehlen die Nachrichten. Es fehlt die rechte Unterkieferhälfte und nur die starke Entwicklung der lamina externa des Flügelfortsatzes dieser Seite, die abgeschliffene Oberfläche des ersten oberen Backzahnes, der hier gut entwickelte Alveolarrand sprechen für Ausübung der Kaufunction.

Ob beide Unterkieferhälften getrennt existirten, oder operativ getrennt wurden, ist unbekannt. Die ganze untere Fläche des Schuppentheiles des linken Schläfenbeines wird von einer mächtigen Knochensäule eingenommen, die mit einem, dem proc. condyl. mandibulae entsprechenden Knochenstück verwachsen ist. An der hinteren und inneren Fläche markirt eine Furche die Grenze beider Knochen, an der vorderen und äusseren Fläche verläuft eine bogenförmige, zackige Nath. Der process. coronoideus wird durch einen schmalen, dreikantigen, oben scharf ausgezogenen Fortsatz repräsentirt. Horizontaler und aufsteigender Ast bilden keinen Winkel. Der dem Körper entsprechende Unterkiefertheil trägt weder Zähne noch Alveolen, statt dessen nur zwei Knochendorne. Ein Zahn (Mahlzahn) liegt mit einem Theil der Krone und der conischen Wurzel frei zu Tage, ist sonst von Knochenmasse umschlossen. Das Schädeldach ist von oben betrachtet unsymmetrisch und rechts geräumiger.

Madelung (Bonn).

Ludwig Letzerich. Ueber Abstossung einer diphtheritischen Tonsille.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874 No. 28.)

Verf. theilt einen Fall mit, wobei nach ziemlich langer Dauer der Krankheit sich die eine Mandel und eine Partie des Velum palat. abgestossen; danach folgte eine starke Blutung und Tod unter Drängen nach Urinentleerung. An den abgestossenen Partieen fand sich auf dem Durchschnitt theils krümliches, concentrisch schaaliges, theils alveoläres Gefüge. Es folgt genaue mikroskopische Analyse und die Angabe, dass die verschiedenartig gut oder übel verlaufende Diphtherie der Tonsillen von den Entwicklungsformen des Pilzes abhinge. Wenn der Boden geeignet sei, für Entwicklung der niederen Formen, namentlich der Plasmakugeln, die zu Micro-

coccusmassen und Brandpilz würden, fände enormste Vermehrung, also grosse Zerstörung statt, komme es aber zur Entwicklung von Mycelienfäden, so trete leicht Spontanheilung ein. Die beiden Hyphenformen des Pilzes hätten auf lebende thierische Organismen, da sie eine Luft- und Flüssigkeitsform des Pilzes seien, keinen Einfluss.

v. Mosengeil (Bonn.)

Bruberger. Die Transfusion und ihr Werth im Felde.

(Berl. militärärztl. Ges. vom 21. Juli 1874. — Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1874. Hft. 10.)

B., der gegen 40 Transfusionen theils gemacht, theils gesehen haben will und die verschiedenen Methoden derselben kennt, giebt nach seinen Erfahrungen der Schliep'schen Methode der doppelt arteriellen Transfusion vor der Hasse'schen arterio-venösen den Vorzug. Hinsichtlich der Wahl der Blutspecies empfiehlt er, wo man es haben kann, ganzes Menschenblut; ist dies nicht möglich, so habe man im Thierblut ein gerade nicht vorzügliches, aber brauchbares Surrogat. Die Indicationen für die Transfusion sollen nach Verf. zwar in Zukunft voraussichtlich noch erweitert worden, sind aber vor der Hand immer noch auf acute und chronische Anämie beschränkt. Die Gewohnheit, das überströmende Blut auf Körpertemperatur zu erhalten, sei überflüssig, da gerade die Abkühlung des Blutes durch Eis vor Gerinnung schütze.

Im Felde soll die Transfusion nach Verf. natürlich nur in Lazarethen, niemals auf Gefechtsfeldern und Verbandplätzen (Gesellius), ihr Recht haben, hier aber in Zukunft als geradezu unentbehrlich sich erweisen. Die Einführung von Transfusionsapparaten (nach Schliep) in das Armentarium der Feldlazarethe wird dringend empfohlen.

Arn. Hiller (Berlin).

P. Langerhans. Beiträge zur Architectur der Spongiosa.

(Virch. Archiv 1874. Bd. LXI. p. 229.)

L. kritisirt zuerst das von Wolfermann beschriebene dreifache System von Plättchenzügen in den Wirbelkörpern, stellt das von Wolfermann aufgestellte radiale, von der hinteren Fläche des Körpers in gekreuztem Verlauf nach der vorderen ziehende System in Abrede und bespricht die Modificationen, welche die Anordnung der Spongiosa der Wirbelkörper am oberen und unteren Ende der Wirbelsäule erleidet. Von der unteren Extremität findet hauptsächlich der Unterschenkel genaue Beachtung. Ein System von sagittal sich kreuzenden Zügen im oberen Theil der Tibia entspricht der Richtung und Ausdehnung nach den lig. cruciata und überträgt den Zug dieser Bänder zur Compacta des Knochen. Nach dem anatomischen Befund geht der Fibula jede Betheiligung am Tragen der Körperlast ab.

Dagegen ist das Fibulaköpfchen von Bedeutung für die Mechanik des Kniegelenks. An Schnitten, welche in genau frontaler Richtung

durch das Fibulaköpfchen gelegt sind, sehen wir an der Aussenseite einen stark entwickelten Zug von Bälkchen, welcher aus der Compacta des Schaftes hervorgegangen, in den äusseren Höcker des Wadenbeinkopfes zieht und so dem lig. acc. laterale entspricht. Im unteren Ende der Tibia und Fibula finden sich, ausser den schon anderweitig beschriebenen und erklärten Spongiosazügen solche, welche einem Drucke entsprechen, der beide Knochen von einander entfernt. In der Tibia gehen dieselben bogenförmig verlaufend in den malleolus int. und stehen senkrecht auf seiner Gehfläche; in der Fibula strahlen sie vom oberen Theile der Gelenkfläche aus und ziehen sowohl nach oben und unten, als nach aussen. Auch der Bau des Talus beweist, dass die Fibula demselben keine Last zuführen kann. Von den im oberen Ende des Humerus durch Wolfermann beschriebenen Spongiosazügen sah L. zwei derselben selten oder nie. Er versucht eine Erklärung der beiden anderen, ebenso der an der unteren Epiphyse vorkommenden durch die doppelte Belastungsart der oberen Extremität, und zwar erstens durch den Rumpf bei dem Aufstützen des Armes, zweitens durch den Zug von unten. Von den beiden oberen Enden der Unterarmknochen ist das Radiusköpfchen nur bei emporgestossenem Arme belastet, dem entsprechend sehen wir ein einfach zur Gelenkfläche gerichtetes System von Spongiosabälkchen die Last auf die Compacta übertragen. Dagegen findet sich am process. coronoid. der Ulna ein senkrecht nach abwärts ziehendes System, entsprechend der Belastung von oben her, am Oberarm ein senkrecht von der Gelenkfläche zur hinteren Compacta ziehendes System, entsprechend dem Druck der Gelenkfläche dieses Theiles gegen die Trochlea, bei Belastung der Hand. An den unteren Epiphysen der Unterarmknochen ist die Spongiosa hauptsächlich der Belastung von oben entsprechend angeordnet.

Madelung (Bonn).

Warren Sawyer. Concerning the cause of gangrene following the ligature of large arteries of the lower extremity.

(The Boston med. and surg. Journal 1874. Vol. XCI. No. 11. p. 250.)

S. theilt eine Anzahl meist von ihm selbst beobachteter Fälle von Unterbindung der Art. iliac. ext. oder femoralis wegen Verletzung dieser Gefässe mit, in denen vor der Unterbindung sehr starke Blutverluste stattgefunden hatten und die von Gangrän des Gliedes gefolgt waren, trotzdem es sich dabei um jugendliche oder kräftige Individuen handelte, nämlich 1) einen Knaben von 15 Jahren (Iliaca ext.), 2) Mann (Art. femor.), 3) kräftigen jungen Mann (Iliac. ext.), 4) Mann, dem ein für einen Abscess gehaltenes Aneurysma dicht unter dem Poupart'schen Bande geöffnet wurde (Art. femor.). Diesen stellt er 2 Fälle gegenüber, in welchen die Unterbindung gemacht worden, ohne dass vorher Blutung stattgefunden hatte und wo keine Gangrän eintrat. Nämlich 1) Alter schwächlicher, syphilitischer Mann, dessen rechte Iliac. ext. dicht an ihrem Ursprunge wegen

Aneurysma desselben Gefässes unterbunden wurde. 2) Junger Mann mit Verletzung der Art. femor. und Unterbindung ohne vorherigen starken Blutverlust. Seine Beobachtungen führen ihn zu dem Schlusse, dass ein Connex zwischen dem starken Blutverluste und der der Unterbindung folgenden Gangrän statt habe. Er erklärt die Sache so, dass bei normaler oder fast normaler Blutmenge nach Unterbindung der genannten Gefässe, wodurch ungefähr ein Viertel der gesammten arteriellen Blutbahn abgeschnitten werde, durch die jetzt grössere Spannung im arteriellen Gefässsysteme und die sich derselben adaptirende verstärkte Herzthätigkeit der collaterale Kreislauf in den betreffenden Gliedern erzwungen werde, während Letzteres bei abnorm verminderter Blutmenge nicht möglich sei (vergl. Jefremoff, Centralbl. f. Chir. 1874, No. 23, p. 356, Ref.). **A. Burger** (London).

Kleinere Mittheilungen.

Esmarch. Ueber elastische Extensionsverbände für Schussfracturen des Oberschenkels und des Hüftgelenkes.

(Arch. für klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 3. p. 486—491.)

Vier, 40 Cm. lange und 7 Cm. breite Holzschienen sind an dem einen Ende mit Blechhülsen versehen und können mittelst derselben so zusammengesteckt werden, dass sie eine Art Desault'scher Schiene bilden. In das obere Ende derselben sind 2 ovale und 2 runde Löcher eingeschnitten. Durch die ersteren wird der Gürtel gezogen, mit welchem der Apparat am Rumpfe des Verwundeten befestigt werden muss. Man wird dazu in der Regel die Säbelkoppel des Mannes verwenden können. Durch die beiden darunter befindlichen runden Löcher zieht man den Dammgürtel, der zur Contraextension dient und am besten aus einem Gummischlauch hergestellt wird. Die Extremität wird zuvor nach der bekannten amerikanischen Manier in eine Extensionsschlinge gelegt, welche aus Heftpflaster, resp. nassen Leinenbinden bestehen kann und in ihrem Fussohlentheile das Steigbügelbrettchen trägt. In letzteres greift ein aus Gummi gearbeiteter Extensionsring und in diesen wieder ein 8 Cm. langer eiserner Haken, dessen rechtwinkelige Verbindung mit dem unteren Schienenende durch eine ganz einfache Vorrichtung ermöglicht wird.

Extensions- und Contraextensionsvorrichtung lassen sich auch leicht an jeder Tragbahre, an zusammengesteckten Gewehren u. s. w. anbringen.

Wilh. Koch (Berlin).

A. Obaliński (Krakau). Ueber Behandlung der Oberschenkelfracturen vermittelst der Distractionsmethode.

(Przegląd lekarski 1874. No. 44, polnisch.)

Bericht über 4 auf die oben erwähnte Weise behandelte Fälle. In 3 Fällen dauerte die Callusbildung 22—30 Tage und die Verkürzung betrug $1^1/_2$—2 Cm. Im 4. Falle, wo eine Fractura spontanea infolge von Lues entstand, bildete sich ein falsches Gelenk aus. **Obaliński** (Krakau).

Heydenreich. Spontan-Fractur bei einem Tabetiker.

(Bulletin de la soc. anat. de Paris 1874. p. 255.)

Ein 38jähr. Tabetiker fühlte beim Ausziehen seines rechten Stiefels, indem er den rechten Fuss auf seinen linken Schenkel gelegt hatte, ein Knacken in der Mitte des rechten Oberschenkels; am 8. Tage grosser Decubitus, heftiges Erbrechen, Bronchitis. Tod am 29. Krankheitstage. Section: Congestion beider Lungen, verbreitete Bronchitis; graue Degeneration der hinteren Stränge. An der Bruchstelle bedeutende Eiterhöhle, eitrige Durchsetzung der Muskulatur, Schrägbruch,

Callusbildung sowohl an der Aussenseite, als auch im Markraume, Fragmentenden zeigen starke Ostitis, fettreiche Granulationen in den erweiterten Havers'schen Canälen. **Pilz** (Stettin).

Marcano. Osteomyelitis, spontane Fractur.

(Bulletin de la soc. anat. de Paris 1874. p. 241.)

Der 15jähr. Jüngling vor 6 Wochen mit Schmerzen im unteren Theile des Oberschenkels erkrankt, zeigt jetzt schmerzhafte Schwellung des Kniegelenks. Eiterentleerung, Drainage, Tod durch Erschöpfung. Section: Eitrige Infiltration der unteren $^2/_3$ des Oberschenkels, Fractur im unteren Drittel (von der angenommen wird, dass sie beim Transport in den Saal entstanden sei), im hinteren Theile des Kniegelenks eine mit der Fracturstelle communicirende Perforationsöffnung, die Knorpel stellenweis ulcerirt. Thrombose der Ven. Poplitea. Auf einem Längsschnitt des Femur zeigt sich der Epiphysenknorpel und das Periost intact, dagegen eine ausgesprochene eitrige Ostitis in der Spongiosa, welche letztere stellenweis resorbirt erscheint und mehrere Eiterhöhlen enthält. **Pilz** (Stettin).

M. Krzykowski (Sanok). Esmarch's Blutleere bei Enucleatio brachii.

(Przegląd lekarski 1874. No. 48, polnisch.)

Der Fall betraf eine Maschinenverletzung der rechten oberen Extremität. Nach Anlegung des Esmarch'schen Apparates wurde ein Cirkelschnitt im chirurgischen Halse gemacht, der Knochen abgesägt, die Gefässe unterbunden, hierauf der Apparat weggelassen und die Enucleation des zurückgebliebenen Oberarmkopfes vollendet. Patient verlor dabei gegen 1 Unze Blut. Tod nach 3 Tagen an Septikämie. (Zu umständlich gegenüber dem von Esmarch und Volkmann geübten Verfahren! Ref.) **Obaliński** (Krakau).

1) Tetanus infolge von Quetschwunde des Fusses durch Amputation geheilt.

(New York med. Journal 1874. Aug. No. 113. p. 184.)

In ein Reception-Hospital in New-York wurde ein Knabe mit einer Quetschwunde des Fusses aufgenommen. Am 12. Tage trat Trismus, am 13. allgemeiner Tetanus ein, welcher erfolglos mit hypodermatischen Injectionen von Morphin und Atropin behandelt wurde. 5 Tage später wurde die Amputation des Unterschenkels gemacht, worauf vom folgenden Tage an alle Erscheinungen von Tetanus verschwunden waren. Vollkommene Heilung nach 3 Wochen.

2) Schussverletzung des Herzens.

(Ibid. p. 185.)

Im Bellevue Hospital (New-York) wurde bei einem 14jähr. Menschen eine Schussverletzung des Herzens beobachtet. Eingangsöffnung der Pistolenkugel in der Nähe der Brustwarze, keine Ausgangsöffnung. Nach Eintritt einer Pericarditis, Pleuritis und Pneumonie. Tod 5—6 Tage nach der Verletzung. Bei der Section fand sich, dass der Schusscanal den linken Ventrikel ganz durchsetzt und zwar mit Zurücklassung einer klappenförmigen Oeffnung, welche den Blutaustritt in das Pericardium verhindert hatte. Die Kugel sass hinter dem Herzen in der Lunge. **P. Bruns** (Tübingen).

Pugliese. Darmverschluss, künstlicher After. Erfolg.

(Lyon méd. No. 18 p. 523.)

Die recht ungenaue Beobachtung betraf eine bisher gesunde 50jähr. Frau, welche vom 21. April ab, wegen absoluter Stuhlverhaltung, vergeblich mit Abführmitteln und Klystiren behandelt wurde; als sich weiterhin Uebelkeit, Erbrechen, Meteorismus einstellte und das für Krampf gehaltene Leiden durch Medicamente nicht gebessert wurde, sogar fäculantes Erbrechen eintrat, wurde am 3. Mai ein künstlicher After in der rechten Leiste angelegt; das Erbrechen cessirte, Stuhlentleerung erfolgte. Als Ursache des Verschlusses wurde jetzt eine Invagination

supponirt, da eine andere Form des Verschlusses nicht aufgefunden werden konnte. Der nach einigen Tagen angestellte Versuch, vom eigentlichen After her Wassermengen bis zum künstlichen hinaufzutreiben, gelang beim zweiten Male; Mitte August nahm der Koth wieder seinen Weg durch den ganzen Darm und der künstliche After begann sich zu schliessen. (Wie der Autor hinterher eingesteht, hätte er mit der Procedur des Wassereintreibens den Anfang seiner instrumentellen Behandlung beginnen sollen, er würde die »erfolgreiche« Enterotomie vielleicht gespart haben. Ref.) **Pilz** (Stettin).

A. Bidder (Mannheim). Aus der chirurgisch-gynäcologischen Praxis.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. p. 46.)

1) Ein Fall von Haematometra des Uterus bicornis (?) bei vollständigem angeborenem Mangel der Scheide. Operation. Heilung.

Bei einer 17½jähr. Kyphotica seit einem Jahre Schmerzen im Unterleib, die sich alle 4 Wochen steigernd wiederholten. Blutabgang fehlte. Der Introitus vaginae nicht vorhanden; der in das Rectum geführte Finger kann einen in die Blase gelegten Katheter direct hinter einer dünnen Gewebsschicht fühlen. Etwa 8 Cm. über dem Anus fühlt man den prallen Uterus zwischen Rectum und Bauchdecken, doch ohne Cervicaltheil. Verf. ritzte nun mit dem Fingernagel an dem zwischen Urethra und vorderer Commissur gelegenen häutigen Verschluss, welcher eine feine Verklebungsnarbe zeigte, diese streichend und bohrend von einander. An einzelnen Stellen drang der Finger leichter in die Tiefe, zeigend, dass hier die Verklebung minder innig sei. Bei etwa 8—9 Cm. Tiefe fand sich der Uterus, welcher mittelst eines Troikarts punctirt wurde. Schwarzrothe zähe Flüssigkeit entleerte sich. Ein folgender stinkender eitriger Ausfluss wurde durch Ausspritzung der Scheide behandelt. Später folgten reguläre Menses. Der Uterus blieb noch lange vergrössert, die Scheide noch sehr eng und eine Art Strictur zeigend; am Uterus ein seitliches Horn.

2) Grosses submucöses Fibromyom, breitbasig von der vorderen Wand der Uterushöhle ausgehend; Herabziehen derselben vor die Vulva; Abtragung mit der Scheere; Glüheisen; schnelle Heilung.

Eine 43jähr. Kyphotica, die einmal im 26. Jahre gut geboren hatte, litt seit 2 Jahren an profusen Menstrualblutungen. Der Uterus war vergrössert und anteflectirt, rechts am Fundus harter nussgrosser Tumor zu fühlen. Bei Menstruation tritt in den etwa 5 Cm. breit erweiterten Muttermund ein runder, glatter, harter Tumor, der in die Vagina herabdrängt. Mit Aufhören der Blutungen geht er zurück und der Muttermund verengt sich wieder. Bei der nächsten Blutung wurde die von Savage empfohlene Jodlösung eingespritzt; dadurch stand die Blutung und wurde der Uterus derartig zu Contractionen angeregt, dass der Tumor fast bis zum Introitus vaginae herabtrat. Mit einer Hakenzange gefasst und vorgezogen, wurde die Basis mit der Scheere abgeschnitten, der Uterus reponirt. Es erfolgte Heilung und die Menses wurden normal. **v. Mosengeil** (Bonn).

Ranke (Chirurgische Klinik des Prof. Volkmann in Halle). Heilung eines Falles von Echinococcus der Leber mittelst der Simon'schen Operation.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 45.)

Bei einem 23jähr. Mädchen findet sich eine sehr grosse fluctuirende Lebergeschwulst, die seit 4 Jahren bemerkt worden. Eine Probepunction mit der Pravaz'schen Spritze entleerte klare, kochsalzhaltige, eiweissfreie Flüssigkeit. Danach folgte universelle Urticaria und Fieber, wie angenommen wurde, durch Austritt von Echinococcusflüssigkeit in die Bauchhöhle bedingt. Nach Ablauf der Reaction wurden 2 kurze Troikarts mit 2 Cm. Abstand an der hervorragendsten Stelle in die Geschwulst gestossen, etwa 1½ Liter Flüssigkeit entleert, die

Kanülen mit Carbolwachs verschlossen und unter Lister'schem Verband 6 Tage liegen gelassen, dann wurden sie durch silberne Sonden für noch weitere 3 Tage ersetzt. In diesen letzten Tagen Fieber und Wiederansammlung von Flüssigkeit. Danach Incision zwischen den Punctionsöffnungen, wobei das dem Periton. pariet. adhärente Netz durchtrennt werden musste, ehe man auf die Cystenwand kam. Letztere wurde mit der äusseren Haut sorgfältig vernäht. Mit der Flüssigkeit wurde eine etwa erbsengrosse Tochterblase entleert. Die Höhle ward mit 3% Carbollösung ausgespült, ein fingerdickes Drainrohr applicirt und ein Lister'scher Verband angelegt. Das Fieber sank sofort. Später entleerte sich die Mutterblase, fast 1 Cm. dick, und nach ferneren 2 Monaten war völlige Heilung vorhanden. Der Verbandwechsel war in den ersten Tagen täglich 4 Mal vorgenommen worden.

v. Mosengeil (Bonn).

Gosselin und **A. Robin.** Traitement de la cystite ammoniacale par l'acide benzoique.

(Archives générales de médecine 1874. No. 11.)

Man weiss, dass Benzoesäure in den Harn als Hippursäure übergeht.

G. und R. empfehlen aus diesem Grunde deren innerliche Anwendung bei Cystitis, um die ammoniakalische Zersetzung des Urins in der Blase zu bekämpfen.

Vff. theilen auch einige Krankengeschichten mit, wo diese Behandlung mit Erfolg durchgeführt wurde. (Nichts Neues. Ref.) **Girard** (Strassburg i/E.).

J. Englisch (Wien). Ueber einen Apparat nach der Blasenpunction über der Symphyse.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 42.)

Verf. empfiehlt statt einer festen Kanüle einen Nélaton'schen Katheter in der Stichöffnung liegen zu lassen, welcher in geeigneter Entfernung durch 2 Leinenbändchen umgeben ist. **v. Mosengeil** (Bonn).

Moldenhauer (Solingen). Merkwürdiger Fall von Luxatio penis.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 43.)

Umgekehrt, wie bei dem von Nélaton beobachteten und durch Hyrtl vielfach bekannt gemachten Falle, bei welchem der Penis aus seinem häutigen Futteral nach innen entschlüpfte und sich unter der Scrotalhaut verbarg, hatte sich im vorliegenden Falle derselbe gleichfalls zurückgezogen, aber dann unter die Bauchdecken verkrochen. Der Pat. war vom Wagen gefallen, wurde an einen Baum geschleudert und ging ihm ein Hinterrad dicht am Leib vorbei. Die danach beobachtete Verletzung schien eine Peniszermalmung. Da die Versuche, den Katheter einzuführen, fruchtlos waren, wurde bei bestehender Harnverhaltung die Boutonnière nöthig. Später wird wegen eines Abscesses in der Höhe der Spina ilei ant. eine Spaltung vorgenommen. Es zeigt sich nun, dass dort die unversehrte Eichel und der Penis liegen, aus welchen nach Heilung der Boutonnière bei luxirter Lage das Uriniren erfolgte. Eine Reposition erfolgte nicht. **v. Mosengeil** (Bonn).

M. Mackenzie. 23jähriges Bestehen eines Papilloms der Stimmritze. Operation. Heilung.

(Transact. of the pathol. Soc. of London 1874. p. 35.)

Der Fall ist dadurch von Interesse, dass dieses Mal die Stimmlosigkeit (des 23jähr. Fräulein) seit Geburt zweifellos festgestellt werden konnte. Die laryngoskopische Untersuchung zeigte vollen Abschluss der vorderen Hälfte der Stimmritze; die in 3 Sitzungen entfernten Theile ergaben die Natur eines reinen Papilloms; gute Zeichnungen illustriren den laryngoskopischen und mikroskopischen Befund. **Pils** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 6. **Sonnabend, den 6. Februar.** **1875.**

Zur Vertheidigung der Brucheinklemmungsklappen.

Von

Prof. W. Roser.

Die Mittheilung des Herrn Dr. Lossen in No. 4 dieser Zeitschrift bekämpft zwar meine Klappentheorie, sie enthält aber solche weitgehende Concessionen für meine Ansicht, dass ich diese Concessionen als eine Abschlagszahlung auf die meinem Experiment gebührende volle Anerkennung wohl acceptiren kann. Herr Dr. Lossen giebt die Absperrung des Darminhalts in der eingeklemmten Schlinge zu und erklärt sich die Absperrung durch einen Mechanismus, welcher mir ganz identisch scheint mit dem, was man ein Kegelventil nennt. Das Mesenterium der eingeklemmten Schlinge soll eine »verkehrt kegelförmige« Form einnehmen und dadurch eine Art »Keil« gebildet werden, der sich vor die Bruchpforte hinlegt und

die Abschliessung erzeugt. Ein Ventil scheint demnach zugegeben auch wohl eine Ventilwirkung, nur keine Klappenwirkung. Aber zwischen Ventil- und Klappenwirkung ist der Unterschied nicht gross! Da lässt sich hoffen, dass die weitere Verfolgung des experimentellen Wegs die Einigkeit vollends herbeiführen wird, und ich nehme mir vor, darauf hinzuwirken, indem ich den nächsten chirurgischen Congress zur Demonstration meiner Experimente zu benutzen denke. Einstweilen wiederhole ich aber die Aufforderung an alle die Fachgenossen, welche sich für Brucheinklemmung interessiren, dass sie mein Experiment selbst anstellen möchten.

Marburg, 13. Januar 1875.

Thamhayn. Der Lister'sche Verband.

(Aus dem Englischen übersetzt.)

Leipzig, Veit & Co., 1875. 8⁰. 275 S.

Lister's Veröffentlichungen in Betreff seines Verbandes liegen hier vollständig gesammelt, chronologisch geordnet vor. In einer längeren Einleitung giebt der Uebersetzer zunächst an der Hand der Elliot'schen (Brit. med. Journ. 1868) und Simpson'schen (Lancet 1867) Arbeiten einen historischen Ueberblick über die Verwendung antiseptischer Verbandmittel. Trotzdem dieselbe vieler Orten vor Lister stattgefunden, bleibt Lister's Verdienst um den antiseptischen Verband ungeschmälert; es ist eben etwas Anderes, antiseptisch, als mit einem Antisepticum verbinden, wie seine eigenen Worte lauten. Eine kurze Darstellung der Technik des Verbandes folgt an zweiter Stelle. In den darauf ausgeführten theoretischen Erörterungen kann sich Th. nicht unbedingt der Keimlehre Lister's anschliessen; er kehrt zur alten Gay-Lussac'schen Anschauung zurück, und erklärt die Wirksamkeit der Carbolsäure durch eine Schwächung der Kraft des allzerstörenden Sauerstoffes.

1. Lister'scher Aufsatz: »Ueber ein neues Verfahren, offene Knochenbrüche und Abscesse zu behandeln, mit Beobachtungen über Eiterung«. (Lancet, 1867.)

Die Gefahr der offenen Knochenbrüche wird auf die reizenden Eigenschaften des bei Luftzutritt faulenden Blutes zurückgeführt, gegen welche erst eine nicht zur Resorption geeignete Granulationsdecke schützt. Die directe Ursache der erwähnten Zersetzung sind aber, wie Pasteur nachgewiesen, die niederen Lebensformen. Vor allem bestätigt wird diese Ansicht durch die Verhältnisse eines traumatischen Pneumothorax, je nachdem derselbe mit einer äussern Wunde complicirt ist, oder nicht. Zur Zerstörung dieser Keime suchte L. ein Mittel, und wurde 1864 durch die Berieselungsfelder bei Carlisle auf die Carbolsäure aufmerksam. Die ersten Versuche mit derselben wurden 1865 im Glasgower Krankenhause angestellt. L. bildete aus reiner Carbolsäure und dem ergossenen Blut einen die Wunde schützenden Schorf, ein noch rohes Verfahren, welches jedoch schon glänzende

Resultate aufzuweisen hat. Ein in flüssige Carbolsäure getauchtes Lintstück wird direct auf die eventuell vorher mit crystallisirter Säure ausgeätzte Wunde gebracht, und seinerseits durch eine übergedeckte Metallplatte geschützt. Dieser Verband wird erst entfernt, wenn die Wunde durch Granulationsbildung gegen die schädlichen Einflüsse geschützt ist. Das Lintstück muss inzwischen oft mit Carbolsäure betupft werden. Als Beweismaterial für die Wirkung der Methode sind die Krankengeschichten von 13 complicirten Fracturen angeführt; davon endete nur eine Durchstechungsfractur des Oberschenkels tödtlich (cf. Original). In diesen Beobachtungen wird schon vielfach der unangenehmen Beigabe der gewebsreizenden Eigenschaft der Carbolsäure Erwähnung gethan.

Weiterhin enthält der Aufsatz die Mittheilung der für Abscesseröffnungen passenden Modification des Verfahrens. Unter einer Bedeckung durch eine in Carbolleinöl (1:4) getauchte Compresse wird der Abscess geöffnet und entleert; als schützender Verband kommt eine Paste aus dem erwähnten Carbolleinöl mit Kreide bereitet und auf Staniol gestrichen, zur Anwendung. Die fest angedrückte Decke lässt nur an einer Stelle die Secrete abfliessen. Der Verbandwechsel erfolgt in der vorsichtigsten Weise alle 24 Stunden unter derselben carbolölgetränkten Compresse. Mit Entfernung des Eiterdruckes auf die Abscessinnenfläche hört die Neigung der sog. pyogenen Membran zur Eiterbildung auf. Gestützt auf seine bisherigen Erfolge kann L. zum Schluss die möglichst frühzeitige Eröffnung der Senkungsabscesse empfehlen.

2. **Aufsatz**: Ueber das Wesen der antiseptischen Behandlungsweise in der chirurg. Praxis. (Lancet, 1867.)

Die bisherigen Resultate der antiseptischen Behandlung offener Knochenbrüche berechtigen L. zu der Behauptung: Alle örtlichen entzündlichen Erscheinungen und allgemeinen fieberhaften Störungen nach solchen Verletzungen entspringen der vergiftenden Einwirkung der Zersetzung auf das Blut; andrerseits kann man diesen Folgen zugleich mit der Zersetzung wirksam durch die antiseptische Behandlung entgegentreten.

Die erste Desinfection der zur Behandlung kommenden Wunden wird durch Auswischen derselben mit einem in reine Carbolsäure getauchten Stück Zeug ausgeführt. Um eine Zuleitung der Zersetzungskeime längs der ausfliessenden Sekrete zu verhindern, wird jetzt die schon oben erwähnte Paste zum täglichen Verbande empfohlen. Die Eiterproduction ist keine den Granulationen innewohnende Eigenschaft; erst der Reiz der Zersetzung oder auch das Antisepticum bringt sie dazu. Letzterem fehlt jedoch die progrediente Wirkung der ersteren.

Nach Abscesseröffnungen hält L. eine Desinfection der Höhle nicht für nothwendig; ausgezeichnete Resultate hat er namentlich bei Senkungsabscessen mitzutheilen.

Gequetschte Wunden werden wie offene Brüche behandelt. Für Schnittwunden besitzt L. zur Zeit noch kein passendes Verfahren. Kurz abgeschnittene, versenkte antiseptische Ligaturen veranlassen keine Störungen in den Geweben (cf. unten). Eine gänzliche Umänderung der hygienischen Verhältnisse ist die Folge einer consequenten Durchführung des antiseptischen Verfahrens in den verrufensten Hospitälern.

3. Denkschrift über den geregelten Gebrauch der antiseptischen Behandlungsweise in der Chirurgie. (Brit. med. Journ. 1868, vorgelesen in der Med. chir. society in Glasgow, 2. Mai 1868.)

Nach Aufstellung des Principes des »antiseptischen Verbandes« als der geordneten Anwendung eines bestimmten Antisepticum, mit der ausgesprochenen Absicht, in dem betreffenden Theile der Entstehung der Fäulniss vorzubeugen, weist L. eine vielfach ihm unterschobene Ansicht einer specifischen Wirkung der Carbolsäure zurück. Das von Campbell de Morgan benutzte Zinkchlorid hat z. B. für gewisse Fälle grosse Vortheile, nämlich da, wo ein einmaliger antiseptischer Verband von langdauernder Wirkung verlangt wird, z. B. nach L.'s Erfahrungen bei Oberkieferresectionen. Von besonderem Vortheile sind freilich bei der Carbolsäure die Flüchtigkeit und die anästhesirende Kraft.

Ohne volle Anerkennung der Keimlehre der Zersetzung kann eigentlich Niemand mit der ganzen Behandlung einen glücklichen Erfolg haben. Zum Beweise der Lehre werden Versuche, ähnlich den Chevreuil-Pasteur'schen mitgetheilt.

Eine antiseptische Ligatur einer Arterie vermittelst eines weder chemisch, noch mechanisch reizenden Stoffes hindert die Heilung der Operationswunde prima intentione nicht. Die versuchsweise Ligatur der linken Carotis externa eines Pferdes bestätigen diesen Satz ebenso, wie die Unterbindung der Iliaca externa beim Menschen (cf. Original). Eine weitere Krankengeschichte liefert den Beweis dafür, dass abgestorbenes, aber von Zersetzung freigehaltenes Knochengewebe an und für sich keinen störenden Einfluss auf die Nachbargewebe auszuüben im Stande ist.

Beim Verbande selbst wird jetzt zur Desinfection der Wunden nur eine wässerige Carbolsäurelösung benutzt. Zum Verbande dient ein auf Calico 2 Mm. stark aufgetragenes Pflaster aus 1 Wachs, 3 Bleipflaster, versetzt mit 10% Carbolsäure. Als erläuterndes Beispiel ist die Krankengeschichte einer Osteotomie nach schlechtgeheilter Malleolenfractur eingefügt. Zum Schutz der Wunde vor dem Reiz des Antisepticum werden zunächst auf dieselbe in 20% Carbolleinöl getauchte Lintstücke gelegt, die bis zur Heilung liegen bleiben, und über die, durch ein gleiches, täglich zu wechselndes Lintstück vor Ankleben geschützt, erst das erwähnte Pflaster gebracht wird. Ebenfalls schöne Erfolge hat ein Pflaster aus Schellak und Carbol-

säure aufzuweisen. Die Wundfläche wird in diesem Falle durch eine direct aufgelegte Metallplatte geschützt. Die entsprechenden Krankengeschichten müssen im Original verglichen werden.

4. Beobachtungen über Gefässunterbindungen nach dem antiseptischen Verfahren. (Lancet, 1869, umgearbeitet 1870.)

Die oben erwähnte Kranke mit Ligatur der Iliaca externa war 10 Monate nach der Operation an einem Aortenaneurysma gestorben. Von der Ligatur fanden sich noch Reste in einem kleinen Abscesse. Deshalb kehrte L. zu Versuchen mit resorbirbaren, thierischen Unterbindungsfäden zurück. Eine mit Carbolsäure getränkte »Catgutligatur« der Carotis eines Kalbes fand sich nach 30 Tagen theils ersetzt, theils durchsetzt von Spindelzellen. Die Tunica intim. und media waren nicht durchtrennt, ein central gerade vor der Ligatur abgehender Zweig hatte keinen Schaden gethan. Catgut zur antiseptischen Ligatur wird präparirt durch Einlegen der Schafdarmsaite in eine Emulsion aus 1 Theil durch wenig Wasserzusatz verflüssigter Carbolsäure und 4 Theilen eines fetten Oeles. **Ranke** (Halle).

(Schluss folgt.)

Forné. Contributions à l'anesthésie chirurgicale.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 145. u. 146.)

Wie schon früher verschiedene Autoren vorgeschlagen hatten, die Wirkung des Chloroforms durch vorhergehende Darreichung von Opium oder Morphium vorzubereiten und zu verstärken, so empfiehlt F., in einer der Société de Chirurgie vorgelegten Arbeit, nicht eher zu chloroformiren, als bis die Patienten durch Chloralhydrat in tiefen Schlaf versetzt sind. Es soll hierdurch die Angst und Aufregung der Patienten und ihr unwillkürliches Widerstreben, welches bei Beginn der Narkose oft so bedrohliche Erscheinungen veranlasst, vermieden und damit eine Hauptgefahr des Chloroforms beseitigt, ausserdem aber die zur Anästhesirung erforderliche Chloroformdosis auf ein Minimum reducirt werden. Versetzt man nämlich die Kranken vor dem Beginn der Narkose in tiefen Schlaf, so genügen schon 5—6 grm. Chloroform, um eine vollkommene Anästhesie herzustellen; der Chloralschlaf geht unmittelbar und ohne jede Excitation in den Chloroformschlaf über.

Leider wurden die günstigen Erfahrungen, welche F. in 2 Fällen gemacht hat, von anderen Chirurgen, die bereits eine grössere Reihe von Versuchen damit angestellt hatten, durchaus nicht bestätigt, vielmehr schien gerade die Combination des Chloralhydrats mit Chloroform eine sehr bedenkliche zu sein. Die Wirkung des Chlorals ist individuell so ungemein verschieden, dass sich eine solche Narkose jeder Controle entzieht. In 3 von Dolbeau und Guyon ange-

führten Fällen gelang es nur mit Mühe, die Patienten aus einem stundenlangen Schlaf zum Leben zu erwecken. Ebenso erwachten F.'s Patienten erst nach 3—4 Stunden. **Schädel** (Berlin).

A. Jacobson. Neue histologische Erscheinungen bei der vascularisirten Granulationsentzündung.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1874. No. 56 u. 57.)

Verf. hat beobachtet, dass die in den Zweigen der Granulationsgefässe sich aufstauenden und das Gefäss vollpfropfenden weissen Blutkörperchen innerhalb des Gefässrohres sich in Bindegewebsbündelchen umformen, so dass man also kleine Bindegewebszüge mit Gefässendothelien umkleidet antreffe.

Hieran werden manche Fragen geknüpft und unter anderem auch die Vermuthung ausgesprochen, dass die Existenz der flachen Ranvier'schen Zellen im Bindegewebe vielleicht auf solche Weise zu erklären wäre. Im Uebrigen wird auf eine in Aussicht genommene weitere Fortsetzung vorliegender Untersuchungen hingewiesen.

A. Bidder (Mannheim.)

Renaut. Note sur le tissu élastique des os.

(Société de Biologie. Séance du 24. Octbr. Gaz. méd. 1874. No. 45.)

An entkalkten und mit pikrinsaurem Carmin gefärbten Längsschnitten eines Vogelknochens (Tibia) konnte R. deutlich zwei Schichten unterscheiden. Die Fasern der inneren Schicht verlaufen im Allgemeinen bogenförmig und gehen von der an der Vereinigungsstelle des Knorpels und Periosts bestehenden Einkerbung aus. Die äussere Schicht wird beim Embryo lediglich vom Periost gebildet; am ausgebildeten Knochen dagegen besteht sie aus einem System vollständig paralleler ossificirter Längsfasern (Sharpey'sche Fasern), die den Gefässen in die haversischen Canäle folgen und zwischen denen längliche Knochenkörperchen eingebettet liegen. In unmittelbarer Umgebung der Gefässe finden sich auch sparsame concentrische Lamellen. In dieser peripheren Schicht nun, die in ihrer Structur ein Analogon mit den ossificirten Sehnen darbietet, entdeckte R. elastische Fasern, die sich um jene Längsfasern herumwinden. Sie zeigen das bekannte chemische Verhalten des elastischen Gewebes und konnten von R. isolirt werden. In ihrem Vorkommen bleiben sie auf die periphere Schicht beschränkt, beim Embryo fehlen sie vollständig. Eine Aufklärung über die Art und Weise ihrer späteren Entstehung muss weiteren Forschungen vorbehalten bleiben.

O. Volkmann (Halle).

C. Hueter. Die parenchymatöse Injection und Infusion der Carbolsäure in entzündete Gewebe.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1874. Bd. IV. Hft. 5 u. 6.)

Die Wirkung der Carbolsäure in unmittelbarer Berührung mit entzündeten Geweben ist nach H. eine doppelte: die Lebens- und

Fortpflanzungsfähigkeit der entzündungerregenden Organismen wird vernichtet und in den kleineren Blutgefässen eine globulöse Stase hervorgebracht.

H. injicirte 2procentige, wässerige Lösungen von Carbolsäure in einer Menge von 1—2 grm. (ausnahmsweise mehr, bis zu 7 grm.) auf einmal, in Intervallen von 1—2 Tagen. Der dazu verwendete Apparat war entweder die Pravaz'sche Spritze oder ein »Infusor«, bestehend aus einer Hohlnadel (event. mit seitlichen Oeffnungen) wie bei der Pravaz'schen Spritze, an welche ein Gummirohr angesetzt ist, das die Carbollösung aus einer graduirten Glasröhre zuführt; es genügte hierbei der Druck der Flüssigkeit bei mässig erhobenem Glasgefäss zur »Infusion«. Der Einstich wird schräg gemacht, die kleine Wunde mit Carbolwatte bedeckt. H. hat etwa 1000 Mal diese kleine Operation gemacht, und zwar bei Erysipel im Unterhautzellgewebe, in der Umgebung von unreinen Geschwüren und von Lupus, in Gelenke und in das Innere von Knochen bei Tumor albus und Caries (Synovitis granulosa und Myelitis granulosa). Bei der letztgenannten Affection kommen besonders spongiöse Knochen in Betracht (Fusswurzel, Epiphyse der Tibia, Schenkelhals) und es gelang ohne Mühe, die verdünnte und erweichte Corticalis mit der Nadel zu durchstossen. In den Fällen von Erysipel soll das Fieber rasch aufgehört haben; nach den Injectionen in Gelenke und Knochen sollen nie üble Zufälle aufgetreten sein, sondern im Gegentheil stets baldige Heilung oder doch Besserung. Namentlich von der Behandlung beginnender Knochen- und Gelenkentzündungen nach seiner Methode erwartet H. viel — eine Umgestaltung der chirurgischen Therapie! Endlich wurden noch Hydrocelen, dann Hydrops bursae praepatellaris und ein Fall von arthrogenem Ganglion am Ellbogen mit Carbolinjection (5—7 grm.) erfolgreich behandelt, doch macht H. aufmerksam, dass die Entleerung der hydropischen Ergüsse vorher vollständig vorgenommen werden müsse, weil sonst Gerinnungen und dann stärkere Reaction auftreten. Es war in den letzterwähnten Fällen wegen auftretender Schwellung stets ein Compressivverband erforderlich. Recidive wurden nicht beobachtet. Gersuny (Wien).

Podrazky (Wien). In den Knochen eingeheilte Kugeln.

(Wiener allgem. med. Zeitung 1874. No. 49 u. ff.)

Die Einheilung von Kugeln in Knochen gehört bei den neueren Projectilen zu den seltenen Vorkommnissen. Der Verf. kennt einen Wildschützen, welchem eine Kugel an der hinteren Seite des Humerus steckt und daselbst deutlich zu fühlen ist. Die Eiterung aus dem Schusscanal hat sehr lange gedauert. In einem von Pitha operirten Falle war die Verwundung (Schuss in den Oberschenkel) in 2 Monaten ausgeheilt. Zwei Jahre später traten Schmerzen im Beine auf, es bildete sich ein Abscess, welcher perforirte; die im Femur sitzende, von Osteophyten überwachsene, aber bewegliche Kugel konnte extra-

hirt werden. Heilung. In einem 3. Falle (ebenfalls Oberschenkelschuss) war die primäre Verletzung in 8 Wochen ausgeheilt; der Patient (Officier) konnte seinen Dienst versehen; 8 Jahre nach der Verletzung Abscessbildung, Perforation — Extraction der im Femur sitzenden Kugel — Heilung.

Der Verf. hat in der med. Wochenschrift vom Jahre 1871 (No. 49 und 50) einen Fall von Schussverletzung des Gehirns mitgetheilt, über dessen weiteren Verlauf er nun berichtet, weil er auch in diesem Falle ein Festsitzen der Kugel in einem Knochen, wahrscheinlich dem Hinterhauptbein vermuthet. (Ein 15jähr. Knabe war mit einer Pistole in den Kopf geschossen worden. Eingangsöffnung links von der Glabella; der zuerst gerufene Wundarzt war 5—6 Zoll weit mit der Sonde in den Schusscanal im Gehirn vorgedrungen, ohne auf die Kugel zu stossen. Keine Ausgangsöffnung. Rechte obere und untere Extremität gelähmt. Anderthalb Monate nach der Verletzung Prolapsus cerebri an der inzwischen vernarbten Eingangsöffnung — Punction — Compression. Lähmung der rechten oberen Extremität verschwindet allmälig.) Gegenwärtig (5 Jahre nach der Verletzung) ist der Mann geistig vollkommen normal, nur ist die Sprache etwas langsamer und tiefer geworden. Rechte untere Extremität etwas weniger gut entwickelt, aber vollkommen functionstüchtig. Die Narbe im Stirnbein ist fest, lässt aber Pulsation durchfühlen. Bisweilen etwas Kopfschmerz. Keine Symptome von Hirndruck, Puls vollständig normal. Der Verf. empfiehlt, Kugeln, welche im Knochen eingeheilt sind, nicht zu extrahiren, wenn sie nicht grosse Beschwerden machen, namentlich aber dann nicht, wenn sie unbeweglich festsitzen. Zum Beweise, wie leicht es sei, sich in Bezug auf das Vorhandensein der Kugel zu irren, erzählt er einen Fall, in welchem der Operateur in der Meinung, eine festsitzende Kugel vor sich zu haben, ein Stück des gesunden Sitzknorrens fasste und nach vieler Mühe endlich auch abbrach und extrahirte. Der Verf. bedient sich mit Vorliebe der Nélaton'schen Sonde — zur Extraction der Kugeln scheint ihm der Tirefonds von Baudens am zweckmässigsten zu sein.

Winiwarter (Wien).

C. Giacomini. Della prematura divisione dell' arteria del braccio.

(Torino-Tipogr. Camilla e Bertolero 1874. 70 Seiten in 4⁰ mit V Tafeln.)

Die erste hohe Theilung der art. brachialis wurde von Andreas Laurentius 1606 beobachtet. Gegen Ende des 17. Jahrhunderts bestätigte Bidloo nicht nur die Beobachtung von Laurentius, sondern stellte sie geradezu als Norm auf und als Heister mehrere Aneurysmen der plica cubiti durch Ligatur der brachialis geheilt hatte, schrieb er das Ausbleiben der Gangrän des Armes dem Vorhandensein dieser Duplicität zu und schloss daraus, dass diese ziemlich häufig sein müsse. Mehrere Chirurgen sind bei Unterbindungen auf eine doppelte art. brachialis gestossen.

G. hat nach dieser Richtung 174 Cadaver untersucht, welche alle vorher injicirt waren, im Ganzen 312 obere Extremitäten. Sämmtliche Anomalieen der frühen Theilung lassen sich auf folgendes Schema reduciren.

1) Ein dünnes Zweigchen trennt sich von dem Hauptstamme und verliert sich im Zellgewebe des Armes.

2) Der Seitenast wird stärker, länger und mündet entweder in die radialis oder ulnaris (Aberrantes radiales aut ulnares).

3) Der Seitenast wird noch stärker und bildet geradezu die arteria radialis (Radialisvarietät) oder die art. ulnaris (Ulnarisvarietät).

4) Der Ast kann noch stärker werden und bildet die art. radialis und ulnaris zugleich (Radio-Ulnaris-Varietät).

5) Der Ast kann endlich alle 3 Hauptzweige aus sich entstehen lassen (Radio-Ulnaris-Interosseavarietät).

Der andere Ast, die ihrer Lage, dem Verlaufe und den Zweigen nach normale art. brachialis, nimmt an Caliber in dem Masse ab, als der abnorme Seitenast zunimmt, so dass er z. B. in Fall 5 in der Gegend des Ellbogens erschöpft ist.

Unter 312 oberen Extremitäten fand G. die zu frühe Theilung 60 Mal.

Der Procentsatz der Duplicität der Brachialis wäre somit nach G. 1:3,95, nach Gruber 1:7,14, nach Foltz gar 1:3,57.

G. glaubt, dass Gruber einen so geringen Procentsatz hat, weil er die Arterien nicht injicirte und hierbei ihm mehrere Fälle entgangen sein könnten.

Man kann somit nach Foltz und Gruber sagen, dass jede 4. Leiche die Anomalie der Duplicität der Brachialis darbietet.

Die frühe Zweitheilung kann sich an beiden Armen desselben Individuums vorfinden. Nach G. trifft man an jedem 4. anomalen Fall die doppelte Brachialis beiderseitig. Die Duplicität der Brachialis ist häufiger rechts, als links. Nach Foltz fand sich diese Anomalie unter 25 Fällen 19 Mal rechts und 6 Mal links vor; nach G. unter 60 Fällen 32 Mal rechts und 28 Mal links.

Die hohe Zweitheilung ist häufiger bei Männern, als bei Weibern. Nach G. kommt diese Anomalie je 1 Mal auf jede 3. männliche und jede 5. weibliche Leiche.

Die Dichotomie findet häufiger in dem oberen, als im unteren Abschnitt der art. brachialis statt. Von 47 abnormen Theilungen fallen 23 auf das obere, 16 auf das mittlere und 8 auf das untere Drittel.

Was die Häufigkeit der einzelnen Untervarietäten anbelangt, so gestaltet sich dieselbe folgendermassen. Unter 380 Fällen von hoher Theilung war der Spaltast 212 Mal die art. radialis, 107 Mal die ulnaris, 33 Mal eine art. aberrans und 22 Mal eine art. radio-ulnaris und interossea.

In 16 Cadavern mit der hohen Brachialistheilung hat G. ausser den oberen auch die unteren Extremitäten untersucht. In 9 Fällen

fand er auch an diesen Abnormitäten theils in den Gefässen, theils an den Nerven und Muskeln. In einem Falle fand er gleichzeitig eine hohe Theilung der Poplitea.

Nach Hyrtl soll die hohe Theilung bei 2—3monatlichen Embryonen Norm sein. Zu erwähnen ist noch, dass in den Fällen, wo die Spaltung der Arterie im oberen Drittel stattfindet, man die Schlinge (doppelte Wurzel) des Medianus häufig abnorm verlängert findet, so dass die Theilungsstelle der Arterie über der Schlinge reitet.

Menzel (Triest).

Francesco Rizzoli. Dell' ano vulvare nonche di varie aperture e fistole retto-vulvari e rettovaginali.

(Mem. dell' Accademia delle scienze Bologna Serie III, Tomo V.)

Die erste Hälfte der Brochure ist jener Missbildung gewidmet, bei welcher das Rectum, statt an der normalen Stelle, in die Vulva unmittelbar hinter dem Hymen meist als sehr dünner Canal einmündet. R. hat schon früher eine eigene Operationsmethode zur Beseitigung dieser Missbildung beschrieben.

Diese besteht in der Lospräparirung des abnorm gelagerten Rectums und in der Einpflanzung desselben vor das Steissbein zwischen die Wundlefzen eines vorher in der Raphe perinei geführten Schnittes. Nun beschreibt R. neuerdings einen Fall, den er wieder mit vollkommenen Erfolg operirte, sowohl was die Function des Rectums, als das äussere Ansehen des Perineums anlangt.

Die 2. Hälfte der Arbeit theilt 12 Fälle von Fistelbildungen mit. In Fall I, II und III handelte es sich um Rectalfisteln, welche in die Vulva einmündeten und durch Spaltung geheilt wurden. In Fall IV wurde eine Rectovaginalfistel syphilitischen Ursprungs, welche unmittelbar über dem Ostium vaginae gelagert war, ebenfalls durch Spaltung geheilt.

In Fall V ist die Aetiologie einer Mastdarmscheidenfistel interessant. Diese wurde nämlich in der Brautnacht durch zu stürmischen Coitus acquirirt. Die Fistel lag 2 Cm. über dem Ostium vaginae und war für das letzte Glied eines Fingers durchgängig. Es wurde von der Fistel aus das ganze Perineum gespalten, sodann die Fistel angefrischt und durch eine Naht vereinigt. Das gespaltene Perineum wurde nicht genäht. Die Heilung erfolgte vollkommen.

In Fall VI wurde eine grosse Rectovaginalfistel angefrischt und genäht; doch erfolgte prima intentio nur in zwei Dritttheilen der Wunde. Durch wiederholte Cauterisationen gelang es nicht, den Verschluss der übriggebliebenen Fistel zu erzielen. Wohl aber schob sich ein Fistelrand lippenförmig so über den andern, dass weder Darmgase noch Faeces in die Vagina drangen. Auch in Fall VII erfolgte der Verschluss nach wiederholten Cauterisationen durch dasselbe lippenartige Uebereinanderschieben der Fistelränder. Dahin-

gegen wurde in Fall VIII eine Rectovaginalfistel durch blosse Lapistouchirungen zum wirklichen Verschluss gebracht.

In Fall IX war die Communication zwischen Scheide und Rectum keine directe, sondern der Fistelgang verlief einige Cm. lang im Septum zwischen Scheide und Rectum, so dass die beiden Endöffnungen einige Cm. weit von einander entfernt waren. R. schlitzte den Fistelgang des Septum von der Scheide her auf und heilte dann die Fistel durch Cauterisationen mit Lapis.

Fall X und XI waren Cloakenbildungen nach schweren Geburten. Die Kranken starben, bevor sie einer operativen Behandlung unterzogen wurden.

Fall XII bezieht sich auf einen Mastdarmkrebs, welcher sich bis in die Vulva hinein erstreckte und mit Erfolg (1852) exstirpirt wurde. Es soll kein Recidiv eingetreten sein. **Menzel** (Triest).

Birch-Hirschfeld. Ueber Milzschwellungen.

(Vortrag, gehalten auf der 47. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Breslau. Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1874. No. 40.)

Verf. bestimmte zunächst das Gewicht der normalen Milz und fand bei 68 ganz gesunden Leichen (Selbstmörder, Verunglückte etc.) als Durchschnittsgewicht 150 grm., d. h. 0,26% des Körpergewichts und als Dimensionen 13, 8, 3. Das Gewicht der Leber beträgt 2,7% des Körpergewichts, also 10 Mal mehr, als das der Milz. Verf. hat auch bei einer weiteren Reihe von Leichen, wo es sich um Krankheiten handelte, die offenbar auf die Milz keinen Einfluss hatten, Wägungen angestellt und mit den obigen Zahlen übereinstimmende Resultate erhalten. Von besonderem Interesse ist das Factum, dass bei Abmagerung von Kranken jüngeren Alters die Milz proportional der allgemeinen Körperabnahme an Gewicht verliert, während bei Personen über 60 Jahre Milz und Leber stärkere Gewichtsabnahme zeigen, als das Gesammtgewicht. Für die ersterwähnten Fälle erhielt Verf. für die Milz 0,27% des Körpergewichts (150 Fälle). Die Leber betrug bei Männern 3%, bei Frauen 3,4% des Körpergewichts. Bei Leichen über 60 Jahre war das relative Lebergewicht 2,6% und das relative Milzgewicht 0,23%.

Auf Grund dieser Zahlen hat Verf. die Milztumoren untersucht und bringt sie in 2 Categorieen: 1) primärer Milztumor (Leukämie, mehr oder weniger erhebliche Milztumoren bei gesunden Leichen); 2) secundärer Milztumor. In die letztere Klasse rechnet Verf. die Stauungstumoren, die Milztumoren durch Amyloiddegeneration (46 Fälle) und bei den Infectionskrankheiten. Zu den septischen Milztumoren der septico-pyämischen Krankheiten zählt Verf. auch jene bei Tuberculose. In den 71 Fällen von metastatischer Pyämie fand Verf. eine durchschnittliche Milzgrösse von 302 grm., also 0,6% und eine Lebergrösse von 1908 grm. gleich 3,7%. Die Milzdimensionen betrugen 15 und 9. In manchen Fällen von Pyämie fehlt der Milztumor,

aber nicht häufiger, als beim Abdominaltyphus. — Aus einer Gruppe von 36 Fällen einfacher diphtheritischer Wundaffectionen, phlegmonöser Processe etc. hat Verf. ebenfalls versucht, ein Mittel zu ziehen. Das mittlere Milzgewicht betrug 174 grm., also 0,35%. Bei Puerperalfieber erhielt Verf. genau dieselben Zahlen: bei der pyämischen Form des Milztumor 0,6%, bei der phlegmonösen, resp. peritonitischen 174 grm. oder 0,33%, da das Körpergewicht etwas höher war. Diese Beobachtung lässt sich für die Natur gewisser Infectionsstoffe verwerthen: bei der phlegmonösen Form ist die Lymphbahn, resp. das Bindegewebe der Weg, den der Infectionsstoff geht, während bei der anderen die Blutbahn direct inficirt wird. Da der Tumor fast stets in jenen Fällen, wo Metastasen sind, beobachtet wird, so glaubt sich Verf. zu dem allgemeinen Ausspruch berechtigt, dass der Milztumor der Ausdruck der directen Infection des Blutes sei. Und wenn in der That die Milzschwellung infolge des Eintritts des Infectionsstoffes in die Blutbahnen entsteht, so ist Verf. der Ansicht, daraus weitere Schlüsse bezüglich der Natur des Infectionsstoffes machen zu können. Um einen diffundiblen oder chemisch gelösten Körper kann es sich nach Verf. nicht mehr handeln. Die chemischen Producte der Zersetzung bei Phlegmonen werden auch in die Blutbahn gelangen, aber sie genügen nicht, um Milzschwellungen hervorzurufen. Somit sei der betreffende Infectionsstoff wahrscheinlich ein fixer Körper.

Tillmanns (Leipzig).

A. Pollatschek. Beobachtungen über die Carbunkelkrankheit beim Menschen.

(Wiener allgem. med. Zeitung 1874. No. 52.)

Von den Leuten, die beim Schlachten und Zerlegen einer milzbrandkranken Kuh beschäftigt waren, erkrankten 5 unter folgenden Symptomen: 1) (Mann) Am Tage nach der Infection Kopfschmerz, Uebelkeit, Brechreiz, Frösteln, am 3. Tage bildet sich eine härtliche, blassrothe, stark juckende Prominenz am Daumen, von diffus geschwellter Haut umgeben; ähnliche Knoten an der Rückenfläche der Hände und im Gesicht; aus den meisten derselben bilden sich Epidermisblasen, die zum Theil auf derben Knoten aufsitzen. Nach 14 Tagen Heilung ohne besondere Medication. Langdauernde Reconvalescenz. 2) (Mann) Incubationszeit 4 Tage. Derbe, grössere Knoten, eigentliche Carbunkel am Vorderarm — Aetzung; die Entzündung greift in die Tiefe weiter, starke Anschwellung des ganzen Armes — Blasenbildung und Hautgangrän — Genesung. 3) und 4) (Männer) Am 3. Tage entstehen unter Uebelkeiten derbe Knoten an der Innenfläche der Vorderarme, die sich nach Aetzung zertheilen, Heilung in 6 Tagen. 5) (Frau von 60 J.) Pat. kam 14 Tage nach der Infection in einem äusserst herabgekommenen Zustande

zur Beobachtung. An der Hand ein seichtes missfarbiges Geschwür, aus einer Blase hervorgegangen; Heilung. Lange Reconvalescenz.

Der Gerber, welcher die Haut des kranken Thieres übernommen hatte, erkrankte unter ganz ähnlichen Allgemeinerscheinungen, ohne dass es zu einer Localisation gekommen wäre. Die Leute, welche das (nicht mehr warme) Fleisch gekauft, nach Hause getragen und gegessen hatten, blieben vollkommen gesund.

Von einem anderen kranken Thiere wurden beide beim Schlachten beschäftigten Individuen inficirt. Bei dem Manne bildeten sich Carbunkel an den Armen, welche geätzt wurden — Heilung. Die 68jährige Frau erkrankte am 2. Tage unter heftigen Allgemeinerscheinungen. Tiefsitzende Infiltrate am Vorderarm. Erysipel des ganzen Armes, sehr rasch gegen den Stamm fortschreitend. Hautgangrän an zahlreichen Stellen. Tod unter Schüttelfrösten am 5. Tage.

Der Verf. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse: 1) Die Blatter der Carbunkel und das carbunkulöse Erysipel sind coordinirte Erkrankungen. 2) Das Gift wirkt inficirend auch durch die unverletzte Haut. 3) Die Ansteckungsfähigkeit ist, so lange die Theile des Milzbrandcadavers noch warm sind, am grössten. 4) Der Genuss des Fleisches milzbrandkranker Thiere muss im Allgemeinen als unschädlich bezeichnet werden. **Winiwarter** (Wien).

S. v. Basch. Die Hemmung der Darmbewegung durch den nervus splanchnicus.

(Sitzungsberichte der kaiserl. Academie der Wissenschaften zu Wien 1874. Bd. LXVIII. 3. Abthlg.)

Für das Studium der Hemmung der Darmbewegungen wurden bisher immer Bewegungen benutzt, die ihre Entstehung der Anwesenheit dyspnoischen Blutes im Darme verdankten, Bewegungen also, während welcher die Respiration gestört ist, während welcher aber auch die Circulation infolge der durch die Dyspnoe bedingten Reizung des vasomotorischen Centrums Veränderungen erleidet. Um die genannten Uebelstände zu vermeiden, wählte Verf. als Grundlage für seine Hemmungsversuche jene Bewegungen, die durch das Nicotin hervorgerufen werden. Diese Bewegungen sind keine spontanen; während derselben sind Respiration und Circulation ungestört und die Reizbarkeit der nervösen Centren ist vollkommen erhalten.

Die Versuche lehren:

Die Hemmung der Darmbewegung nach Reizung des nervus splanchnicus ist nur eine Function der vasomotorischen Eigenschaften dieses Nerven. Infolge der Reizung des genannten Nerven wird ein Verschluss der Darmarterien herbeigeführt; hierdurch wird nach Verf. das die Bewegung verursachende Blut vom Darme abgehalten und so entsteht die Hemmung der Darmbewegungen. Dass

der nerv. splanchnicus direct specifisch hemmende Fasern besitze, wie Pflüger, der Entdecker dieser Erscheinungen will, ist also nach Verf. nicht richtig. **Tillmanns** (Leipzig).

Kleinere Mittheilungen.

Scheffer. Ueber parenchymatöse Carbolinjectionen.

Inaug.-Diss. Greifswald, 1874.

S. spritzte Kaninchen vermittelst der Pravaz'schen Spritze verschieden starke Carbollösungen in die Parenchyme innerer Organe, z. B. Leber, Lungen. Es bewährte sich, dass die Einführung der wohldesinficirten Kanüle höchstens nur unerhebliche Entzündungserscheinungen zur Folge hat, und dass schwache Carbollösungen ohne Schaden in die Gewebe gebracht werden dürfen.

Ranke (Halle).

Gascoyen. Cases of syphilitic reinfection.

(Royal med. and chir. soc. 1874. Novbr. 24. Med. tim. and gaz. 1874. Decbr. 5.)

G.'s Vortrag stützt sich auf eine nicht mitgetheilte Zusammenstellung von 60 Fällen von 2maliger Infection, darunter 11 von ihm selbst beobachtete. 10 von letzteren hatten secundäre Symptome gehabt, die sich bei 6 derselben wiederholten; in den 4 anderen Fällen zeigte sich das 2. Mal nur ein harter Schanker. Der 11. Fall hatte zuerst einen harten Schanker mit Drüsenschwellungen, dann einen gleichen Schanker, direct von tertiären Affectionen gefolgt.

Von den Gesammtfällen kam 6 Mal (von den seinigen 1 Mal) die 2. Infection bei bestehenden tertiären Symptomen vor, wobei nicht erwähnt wird, ob hier nur »harte Schanker« oder auch secundäre Symptome beobachtet seien.

Lee macht auf den milderen Verlauf der 2. Krankheit aufmerksam, und theilt 2 von ihm beobachtete Fälle mit.

Acton will 10—11 Fälle gesehen haben.

Drysdale hat nur 1 Fall gesehen: 1861 Infection, secundäre Symptome; 1870 zweite Infection; er warnt vor Verwechselung tertiärer Affectionen mit Primärsclerose. **Ranke** (Halle).

Fr. Hoselitz. Ueber die Naht getrennter Sehnen.

(Wiener med. Presse 1874. No. 49.)

Ein zwölfjähriges Mädchen trat beim Herabsteigen von einer Mauer mit dem rechten Fusse auf die Schneide einer Sense. Grosse lappenförmige Wunde in der planta pedis. Heftige Blutung aus Art. plant. intern. und extern. Die Sehne des Musc. flex. digit. pedis commun. sin. ganz durchschnitten. Verf. zog die Enden der Sehne durch je 2 Nähte (Seidenfäden) zusammen; dann wurde der Lappen angenäht. Baldige Heilung. Flexion und Extension ganz normal.

Fr. Steiner (Wien).

H. F. Witt (Schleswig). Ueber Verbesserung perverser Gelenkstellung mittelst des Gypsverbandes nach Dr. Mezger's Methode.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 4.)

Verf. beschreibt einen von Mezger construirten Apparat, wegen dessen Einzelheiten wir auf das Original verweisen, um angeborene und erworbene falsche Gelenkstellungen mit Hülfe von Gypsverbänden allmälig zu verbessern.

Maas (Breslau).

Lee. Removal of a tumour by means of the elastic ligature.

(Clin. soc. of London 1874. Novbr. 27. Med. tim. and gaz. 1874. Decbr. 12. p. 673.)

Der Tumor befand sich auf dem Rücken eines 55jähr. Mannes, war mit der Haut theilweise verwachsen, und bestand aus 2 Abtheilungen. Die erste Ligatur hatte ohne Blutung in 4 Tagen bis auf einen dünnen Stiel durchgeschnitten; 14 Tage später wurde die zweite Partie nach Hautdurchschneidung und Durchführung von 3 Nadeln unter den Tumor mit der Ligatur versehen, und 3 Tage später entfernt. Eine gut granulirende Fläche blieb zurück. Hulke spricht gegen den Nutzen der elastischen Ligatur, Torter theilt seine Eindrücke aus Wien mit, die ihn wenig für die Ligatur eingenommen haben. **Ranke** (Halle).

St. Germain. Causes et traitement de la scoliose.

(Séance de la Soc. de Chir. du 21. Octbr. 1874.)

Saint-Germain hat in seinem Kinderspitale an 100 Scoliosen beobachtet. Die Entstehungsursache sei dunkel. Er hat nie durch das mehrstündige Liegen ein Redressement der Scoliose gesehen. Die Eltern bezeichneten nie die fehlerhafte Haltung als Ursache des Uebels, welches am häufigsten an rhachitischen oder sonst schwächlichen Individuen vorkomme. St. G. empfiehlt das Mieder von Ducresson und Gymnastik, wodurch man in einigen Monaten erhebliche Besserung erzielen könne. Das Liegen im Bett verwirft er, als dem Allgemeinzustand nachtheilig.

Desprès bemerkt, dass St.-G. und Pravaz die Scoliose infolge von Rhachitis, und die Scoliose infolge von Schwäche confundiren. Die Scoliose zur Zeit der Pubertät komme, wie Duchenne gezeigt habe, auf die mangelhafte Wirkung der antagonist. Muskeln. Für diese letzteren Fälle empfehle sich der Name »wahre Scoliose«, und als Behandlung derselben: die Mieder, Gymnastik, Elektricität und eine passende Hygiene.

Cazin. Hernie crurale étranglée; opération pendant la periode algide. Guérison. Curieux épiphénomène.

Ibid.

Cazin berichtet von einer 58jähr. Frau, welcher er eine linksseitige Cruralhernie, die sie seit 10 Jahr besass, wiederholt schon reponirt hatte, obwohl sie ein Bruchband trug. C. traf die Pat. fast pulslos; häufiges Erbrechen; Bauch aufgetrieben; seit 36 Stunden keine Stuhlentleerung. Die kastaniengrosse Hernie ist sehr schmerzhaft. Herniotomie: Der Darm war roth, bis dunkelblau. Guter Verlauf.

Am 5. Tage nach der Operation klagte Pat. über ein kribbelndes Gefühl in den Fingern und Zehen. 2 Tage darnach war die Pulpe der Finger voluminöser, Epidermis blasig abgehoben. Einige Tage später kam es zur Desquamation in handschuhfingerförmigen Stücken, was über 3 Wochen dauerte. C. bringt diese Erscheinung mit dem status algidus in Verbindung, in welchem die Pat. sich bereits befand, als operirt wurde. Der Process an der Haut glich einer Erfrierung 2. Grades.

Verneuil bemerkt hierzu, dass Lungencongestion zur Herbeiführung des Status algidus beitrage; Heilungen nach Operationen in diesem Stadium seien enorm selten. Trockene Schröpfköpfe und Analeptica seien am Platze. V. weist ferner auf die Gefahren dieser Lungencongestion hin; sie werde durch das Inhaliren des Chloroforms gesteigert und sei bei den Reductionen der Hernien, wo das letale Ende weder durch Peritonitis noch durch operative Zufälle sich erkläre, die eigentliche Todesursache. **Fr. Steiner** (Wien).

Williams und Knapp. Zwei eigenthümliche Fälle von Choroidealsarcom. (Mit Abbildungen.)

(Arch. f. Augen- u. Ohrenheilkunde v. Knapp und Moos. Bd. 5. Abth. 1. No. 8.) Wiesbaden, C. W. Kreidel's Verlag.

Erster Fall. Es wird folgender Verbreitungsweg eines intraocularen Sarcoms angenommen. Die Geschwulst soll von dem die Papille umgebenden Choroidealtheile auf die Retina, die sich total ablöste und mittelst dieser auf den Ciliarkörper übergegangen sein und ausserdem soll eine Aussaat von Geschwulstkeimen von der abgelösten Retina aus durch das trennende Fluidum hindurch auf sonst gesunde Theile der Choroiden stattgefunden haben, die infolge davon an ihrer Innenfläche zu einem Viertheile ihrer ganzen Ausdehnung mit kleinen bis hirsekorngrossen Sarcomknötchen besäet ist. Die Begründung dieser Ansicht ist im Original nachzulesen.

Im zweiten Fall, der eine 22jähr. tuberkulöse Patientin betrifft, wird angenommen, dass die sarcomatös entartete und abgelöste Retina durch Contact von einem primären eng anliegenden Choroidealsarcom inficirt worden sei.

Fraenkel (Chemnitz).

Bell Taylor. On the transplantation of skin en masse.

(Med. tim. and gaz. 1875. Jan. 2. p. 18.)

T. berichtet über die gelungene Wiedereinheilung eines Hautstückes, welches bei einer Ptosisoperation zu viel weggenommen war. 20 Minuten war das Stück Haut aus allem Zusammenhang entfernt gewesen, $1^1/_2$ Zoll lang, $^3/_4$ Zoll breit; die Einheilung vollständig.

Ranke (Halle).

Dowse. Nephritic abscess, tapping, recovery.

(Med. tim. and gaz. 1874. Decbr. 5. p. 632.)

Die 18jähr. Patientin hatte in den 5 letzten Monaten der Schwangerschaft starke Schmerzen in der rechten Lumbalgegend gehabt; nach der Entbindung war Eiter mit dem Urin abgegangen. Im Abdomen rechts ein grosser, fluctuirender Tumor, der bei einer Punction 20 Unzen stinkenden Eiters entleerte. Nach Wiederanfüllung des Abscesses und nochmaliger Punction Einlegung eines Drainrohres; rasche Heilung unter gleichzeitiger Kräftezunahme der sehr heruntergekommenen Patientin. D. bedauert selbst die Unmöglichkeit, seine Diagnose sicher zu stellen.

Ranke (Halle).

Berkeley Hill. Fracture of the os calcis by muscular violence.

(Med. tim. and gaz. 1874. Novbr. 21. p. 578.)

Eine 56jähr. Frau erlitt diesen Bruch bei einem Fall aus einer Höhe von 2 Meter. Das halbwallnussgrosse Fragment war durch die Muskeln 3—4 Finger breit in die Höhe gezogen, die activen Bewegungen waren frei. In 4 Wochen war unter Plantarflexion im Sprunggelenk und Flexion im Kniegelenk mit Benutzung einer vorderen Schiene eine ziemlich feste fibröse Vereinigung erzielt.

Ranke (Halle).

Berichtigung:

S. 40 lies M* statt Mm.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
Dr. L. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede**, in Halle a. S. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.
Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 7. **Sonnabend, den 13. Februar.** **1875.**

Thamhayn. Der Lister'sche Verband.

Leipzig, **Veit & Co.,** 1875. 8⁰. 275 S.

(Schluss.)

5. Academische Eröffnungsvorlesung, am 8. Novbr. 1869 in Edinburg gehalten. (Brit. med. journ. 1869.)

Versuch, seinen Zuhörern die Lehre vom Keimursprung der Zersetzung zu beweisen, und hiermit den Schlüssel zum Verständniss der antiseptischen Behandlung zu geben. Versuche von Schwann, dass ein Zuleiten einer hohen Wärmegraden ausgesetzten Luft ohne zersetzende Wirkung ist, sind die vorzüglichste Stütze der Hypothese.

Tritt nach der Punction eines Abscesses eine Zersetzung ein, so weist das Mikroskop stets jene Vibrionen nach, die aus zufällig mit eingeführten, staubförmig in der Luft schwebenden Keimen entstanden

sind. Für letztere Annahme sind die Pasteur'schen und Chevreuil'schen Versuche beweisend.

6. Ueber den günstigen Einfluss der antiseptischen Behandlungsweise auf die Gesundheitsverhältnisse chirurgischer Krankenhäuser. (Lancet, 1870.)

Das — bis auf schlechte Closeteinrichtungen — gut erbaute neue Glasgower Krankenhaus war, zwischen Begräbnissstellen gelegen, äusserst ungesund; der eine Parterresaal Lister's, für Schwerverletzte bestimmt, war einer der schlimmsten Räume; und wenn auch Dank der Vorsorge Lister's, den Saal immer möglichst schwach zu belegen, es niemals nothwendig wurde, ihn zeitweilig ganz zu schliessen, wie andere zum Theil nahe benachbarte Säle, so wurden die darin verpflegten Patienten doch oft genug von Pyämie, Erysipelas und Hospitalbrand in schlimmster Weise heimgesucht; seit der vor 2 Monaten erfolgten Einführung der antiseptischen Behandlung konnte Lister indessen das völlige Aufhören aller accessorischen Wundkrankheiten auch in diesem Saale constatiren.

Bei in 5 Jahren conservativ behandelten 32 complicirten Fracturen ist keine Pyämie beobachtet, während zu gleicher Zeit die conservirende Therapie immer weiter ausgedehnt wurde. Die Statistik der grösseren Operationen vor und nach Einführung des Verbandes muss im Original verglichen werden. Nur eine einzige Pyämie (bei einer Oberschenkelamputation) ist zu verzeichnen. Ein 2. Fall nach einer schweren Handverletzung ist Folge eines nachweisbaren Fehlers.

In derselben Zeit entstand im Saal nur ein Erysipel, bei einer Unterschenkelamputation mit bestehenden Fistelgängen. Der früher endemische Hospitalbrand tritt nur noch selten und in durchaus milden Formen auf.

7. Bemerkungen zu einer offenen Verrenkung des Knöchels nebst anderen Verletzungen, ein Beitrag zur Erläuterung des antiseptischen Verfahrens. (Lancet, 1870.)

An der Hand einer Krankengeschichte wird die technische Ausführung des Verbandes in einer vervollkommneten Form und die theoretische Begründung desselben dargestellt. Hieraus mag Folgendes hervorgehoben werden:

1) Der zur energischen ersten Desinfection dienenden 5% Carbollösung darf kein Alkohol oder Glycerin zugesetzt sein.

2) Den Schutz der Wunde übernimmt mit einer hygroskopischen Schicht überzogenes, vor der Anwendung in Carbolsäure getauchtes, kautschuküberzogenes Blattgold, welches auf Shirting geklebt ist, oder das oben beschriebene Protective. Beim ersten Verband ist dieser Schutz nicht anzuwenden.

3) Der erste Verband ist nach spätestens 24 Stunden, die weiteren nach Massgabe der Secretion zu wechseln; über eine Woche darf kein Verband liegen.

4) Die desinficirende Schicht (Lackpflaster) muss die Wunde weit

überragen, auch alle benachbarten, isolirten oberflächlichen Verletzungen unter ihren Schutz nehmen.

5) Zufällig eintretende Zersetzung kann durch Abspülen der Wunde mit Chlorwasser beseitigt werden.

Die Verletzung, eine Luxation des Fusses nach innen, mit grosser Wunde der Weichtheile und Bruch beider Malleolen complicirt, heilte trotz anderweitiger schwerer Verletzungen des Patienten mit beweglichem Gelenke.

8. Antiseptische Behandlungsweise der Amputationsstümpfe. (A system of surgery, 1871. Vol. V, p. 617.)

Neues in diesem Artikel ist:

1) Die Operation, der Verbandwechsel geschieht in dem Dunstkegel eines Carbolsäurelösung enthaltenden Zerstäubungsapparates.

2) Die dauernden Nähte werden mit Seide angelegt, die vorher mit Carbolwachs imprägnirt ist.

3) Das Verbandmaterial ist eine 8fache Lage der bekannten, mit Harz, Paraffin und Carbolsäure getränkten Gaze. Aussen, oder zwischen 7. und 8. Lage ist ein Stück undurchlässigen Zeuges, z. B. Makintosh eingefügt.

4) Auf die Ableitung der ersten reichlichen Sekrete ist die grösste Sorgfalt zu verwenden.

5) Bestehende Eiterungen werden durch Abspritzen mit Chlorzinklösung (1:12) für den weiteren Verlauf unschädlich gemacht.

9. Resection eines Handgelenkes wegen Caries; Beseitigung einer Entstellung durch Narbenzusammenziehung. Amputation am Hüftgelenk. Heilung. (Med. chir. soc. Edinb. 1871, Edinb. med. journal 1871.)

Lister stellt eine vor 7 Jahren ausgeführte Handgelenkresection mit vorzüglichem functionellem Resultate vor. An zweiter Stelle (es handelte sich um eine grosse Brandnarbe zwischen Hals, Brust und Arm) empfiehlt er zur Vermeidung der Wiedervereinigung getrennter Narbenflächen, unter dem antiseptischen Verbande, in dem Wundwinkel einen Gummizug anzubringen. Der dritte vorgeführte Kranke ist, 5 Jahr alt, primär nach einer Verletzung operirt. Die Localität ist für den Verband äusserst ungünstig; nur durch Unterlagen von antiseptischer Gaze konnte eine Zuleitung von Zersetzungserregern vermieden werden.

10. Vortrag, gehalten in der 39. Jahressitzung der Brit. med. association in Plymouth, Aug. 8. 1874. (Brit. med. journal, 1871, August.)

Aus der Darlegung der theoretischen Grundlagen im Anfange des Vortrages sind die Experimente im Anschluss an Tyndall wichtig. Nach diesem filtrirt Watte die Sonnenstäubchen. Lister fand sie bei aseptischen (genau desinficirten und keine Keime enthaltenden) Wunden von schützender Kraft, solange sie nicht durchnässt war. Staubförmig sind demnach die schädlichen Potenzen mit Sicher-

heit, dass sie indessen identisch mit den gleichzeitig erscheinenden Vibrionen seien, wird nicht mit derselben Gewissheit behauptet.

In der nachfolgenden Erörterung der Verbandtechnik ist die Dosirung der Carbollösungen niedriger als früher (cf. unten).

Ein öfteres Auswaschen der Operationswunden hält Lister für unnöthig, wenn unter Spray gearbeitet wird. Die Sicherheit des Verfahrens ist so gross, dass jetzt eine Ligatur der art. femoralis weniger gefährlich ist, als früher ein Hautschnitt in der Hand. Unter den Krankengeschichten ist eine Pseudarthrosenoperation am Schenkelhalse hervorzuheben.

11. Ein weiterer Beitrag zur Naturgeschichte der Bacterien und zur Keimlehre der Gährungsveränderungen. (Quaterl. journal of microsc. sciences 1873.)

Die Versuche sind mit äusserster Vorsicht angestellt, lassen sich aber nicht im Auszuge wiedergeben. Als Nährflüssigkeiten wurden Milch, eine etwas modificirte Pasteur'sche Flüssigkeit, Rübenaufgüsse und Harn verwendet. Bedenklich erscheinen die botanischen Resultate: Bacterien entstehen durch Austritt von Protoplasma aus Sporen von Fadenpilzen, verzweigen sich und pflanzen sich theilweise durch Sprossung fort. Anderweitige Schlüsse sind: Dasselbe Bacterium ist infolge sich ändernder Verhältnisse im Stande, in ein und derselben Flüssigkeit Gährungsveränderungen hervorzubringen, die sich weit von einander unterscheiden, z. B. Milchsäuregährung und schwarze Pigmentbildung in der Milch. So ist es auch begreiflich, dass dieselbe Lebensform, die in dem einen Falle unter gewöhnlichen Umständen verhältnissmässig harmlos sein kann, zu anderen Zeiten Erzeugnisse zu liefern im Stande ist, die für den menschlichen Körper den grössten Nachtheil bringen müssen. »Der Annahme eines besonderen Eigengiftes (zur Entstehung z. B. des Hospitalbrandes) bedarf es gar nicht mehr. Wir sehen jetzt, dass Lebensformen, die allen Geschwüren in den Krankensälen eigen sind, besondere Eigenthümlichkeiten in Entleerungen annehmen, welche unter lang liegenden Verbänden faulige Zersetzung eingegangen sind. In gleicher Weise können wir es uns recht wohl denken, dass der ungesunde Zustand eines alten verwahrlosten Krankenhauses nicht auf der Einführung neuer solcher Formen beruht, sondern nur auf einer Veränderung derer, welche alten wie neuen Gebäuden dieser Art gemeinsam sind«.

12. Verbesserungen der Einzelheiten des antiseptischen Verbandes (als Manuscript an Dr. Thamhayn eingeschickt).

Lister dosirt jetzt wieder: Lösungen von 1:40 für Spray, Wundreinigung; von 1:20 (eventuell 1:5 Alkohol) zur primären Desinfection. Die Oberfläche der Gaze ist vor dem Anlegen des Verbandes sorgfältig zu reinigen. Die Desinfection bestehender Eiterungen mittelst Chlorzinklösungen darf nicht durch Einspritzen unter Anwendung bedeutender Kraft geschehen; die Infiltration der Gewebe mit dieser

Flüssigkeit hat bedeutende Gewebsnekrosen zur Folge. Die Drainage der Wunden muss mit der äussersten Sorgfalt ausgeführt werden: die Drains werden genau im Niveau der Haut abgeschnitten, durch Fäden fixirt. Ihre Füllung mit Blutgerinnseln in den ersten Tagen macht eine Entfernung derselben zum Zwecke der Reinigung nicht nöthig. Zur Aufnahme der Wundsecrete kann für die ersten 24 Stunden vor die Oeffnung des Drain ein absolut reiner, mit 5% Carbollösung desinficirter Schwamm gelegt werden.

Oelige Lösungen werden, 5% Säure enthaltend, zum Einölen der Untersuchungsinstrumente, der Katheter etc. benutzt.

Die Behandlung der Präpatellarhygrome mittelst Incision und Drainage, die Operationsmethode bei Caries am Fuss muss im Original verglichen werden.

An letzter Stelle werden Versuche mit einer antiseptischen Salbe aus Borsäure, Wachs je 1 Theil, Mandelöl, Paraffin je 2 Theile kurz angeführt.

Ranke (Halle).

L. Urdy. Examen au point de vue du manuel opératoire de quelques cas difficiles d'ovariotomie et d'hystérotomie.

Paris. **Delahaye.** 1874.

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, die schweren Complicationen bei Ovariotomieen und Hysterotomieen eingehend zu erörtern und vor Allem das Operationsverfahren in derartigen Fällen anzugeben. Indem er in der Einleitung zunächst die Worte vorausschickt, dass derjenige die schönsten Resultate erzielen wird, der es versteht, keinen Umstand, möge er auch noch so geringfügig scheinen, zu vernachlässigen, giebt er dann für schwierige Fälle das nothwendige Instrumentarium an, welches eine oder zwei Klammern (Péan und B. Brown), 7 oder 8 Ligaturenschnürer von verschiedener Grösse, Spatel und Schabeisen zur Trennung von Adhäsionen, 15—20 Troikarts mit verschiedenen Krümmungen, Drainageröhren von Metall oder Kautschuk, eine bis zwei Kanülen, Metalldrähte von jeder Stärke, gerade und krumme Nadeln, starke Bistouris, oder besser ein kleines Amputationsmesser für fibröse Tumoren umfasst.

Im ersten Capitel behandelt Verf. Tumoren mit solchen Adhäsionen, die zu trennen unmöglich oder gefährlich ist. Sind diese Adhäsionen schmal und befinden sie sich zwischen Tumor und Abdominalwand, so soll man mit einer Metallnadel den Tumor 3—4 Cm. von der Adhäsionsstelle durchstechen, unmittelbar darunter eine Ligatur legen und dann die Gewebe durchtrennen. Verbinden schmale Stränge die Geschwulst mit einer Darmschlinge, so lassen sich diese Verbindungen in den meisten Fällen leicht trennen; bei stärkeren Adhäsionen aber soll man wie vorhin einen ganz kleinen Theil des Tumor (nach Unterbindung und Abtrennung) an der Schlinge lassen und diesen kleinen Rest dann später beim Zunähen der Bauch-

wunde in diese mit hineinnähen, so dass bei eventueller Entzündung oder Eiterung dieses Restes der Eiter in der Wunde zu Tage kommen würde. Nur in dringendsten Fällen sehe man von dieser Methode ab und cauterisire den Rest, nachdem er mit einer Klammer gefasst ist. Freilich kann auf die angegebene Methode nicht nur leicht Abscedirung folgen, sondern auch durch die Fixation starke Verstopfung und Zerrung der Eingeweide mit Unterleibsschmerzen für längere Zeit. Ein Beispiel wird zum Beleg hierfür angeführt (fibröser Tumor, für ein linksseitiges Kystom gehalten; Gastrotomie; feste Adhäsionen mit einer Darmschlinge; Zurücklassung eines adhärenten Theils der Geschwulst. Heilung).

Bei stärkeren Verbindungen mit dem Netz unterbinde man die grössten Gefässe vor dem Durchschneiden in einer gewissen Entfernung vom Tumor doppelt; das Netz aber leitet man entweder nach aussen und befestigt es dann, breit zusammengebunden, gegen den unteren Wundwinkel hin; muss es dagegen mit einer z. B. 5 Cm. breiten Adhäsionsstelle in der Bauchhöhle bleiben, so durchsteche man es mit krummen feinen Nadeln und Seidenfädenschlingen der Breite nach an vier verschiedenen Stellen, durchschneide dann die Schlingen und binde dann je zwei sich correspondirende Schlingen von jeder Seite zusammen.

Ausgedehnte Adhäsionen kommen am häufigsten mit den Organen des kleinen Beckens vor; prädisponirt sind hier besonders einfache oder multiloculäre Ovariencysten und fibrocystische Tumoren. Uterusfibrome haben fast nie derartige Verbindungen. Wenn die Adhäsionen tief und in der Nähe des Stiels sind, so behandle man sie nach Art eines gewöhnlichen Stiels. Lassen sie sich dagegen sehr schwer trennen, so lasse man ein Cystensegment daran und heile dieses in die Wunde ein, um eventuell reinigende Injectionen leicht machen zu können. Die in der Bauchhöhle zurückbleibenden Reste gehen nach Péan entweder atrophisch zu Grunde, oder gehen nach Entzündung und Vereiterung in Narbengewebe über. In schwierigen Fällen mit sehr ausgedehnten Verwachsungen entscheidet sich Verf. nach Péan's sehr günstigen Erfahrungen für partielle Auseiterung einer Cyste. Die sich hieran schliessenden 9 Operationsgeschichten sind von hohem Interesse. In allen Fällen wurden grössere oder kleinere Stücke der Geschwulst zur Vereiterung und Ausheilung zurückgelassen, und nur in einem Fall trat der Tod ein.

Das zweite Capitel behandelt solide Tumoren von beträchtlicher Grösse, deren Exstirpation die Entfernung eines Theiles des Uterus oder des ganzen Organs mit nothwendig macht. Das Operationsverfahren richtet sich einmal nach der Grösse des Tumor, zweitens nach der breiten Verbindung mit dem Uterus. Im ersten Falle mache man die Incision von der Symphyse bis womöglich nur 3—4 Cm. oberhalb des Nabels und zerstückle nach der Methode Péan's (méthode de morcellement) durch Abschnürung die Geschwulst Stück für Stück; eine Methode, die allerdings sehr zeitraubend, aber, nach Verf., absolut sicher ist.

Der Stiel wird dann entweder vom Isthmus uteri oder vom Ligamentum latum gebildet. Im zweiten Falle dagegen, wenn der Tumor die Beckenhöhle ausfüllt, ist es oft unmöglich, infolge der Entfernung fast des ganzen Uterus einen Stiel zu bilden. Ist die Geschwulst mit dem Gewebe des Collum nicht zu fest verbunden, so muss man versuchen, sie zu enucleiren. Bei festeren Verbindungen aber und zu fürchtenden starken Blutungen muss der Tumor zwischen zwei Ligaturen gefasst werden, deren untere das Scheidengewölbe, die Uterus- und Scheidengefässe einschliesst. Da die Stielbildung hier unmöglich ist, so müssen die Ligaturenschnürer so lange und zwar im unteren Wundwinkel des Bauchschnitts befestigt werden, bis sich Verklebungen um die Ligaturen gebildet haben. Die nachfolgende Eiterung findet durch die Scheide oder den unteren Wundwinkel ihren Ausweg. Bei eventueller Eiteransammlung im kleinen Becken würde die Drainage durch den Uterusstumpf der durch das hintere Scheidengewölbe vorzuziehen sein. Zwei ausführliche Krankengeschichten illustriren letztere Operationsmethoden. **G. Leopold** (Leipzig).

N. Eck. Ein Fall von Hysterotomie nach der serös-plastischen Methode von Maslowsky.

(Sitzung der Gesellschaft russischer Aerzte in St. Petersburg vom 15. Octbr. 1874, russisch.)

Die vorgestellte Pat., 33 Jahre alt, trug seit 13 Jahren im Abdomen eine Geschwulst, die bis in das rechte Hypochondrium reichte und leicht verschiebbar war. Fluctuation undeutlich, Gefässgeräusche nicht vorhanden, dagegen starkes peritoneales Reiben und Empfindlichkeit bei Druck auf den Tumor. Länge der Uterushöhle 22 Cm. Pat. während dieser 13 Jahre von blühender Gesundheit, fing im Sommer 1874 über peritonitische Schmerzen und heftige Uteruscontractionen an zu klagen und wurde bettlägerig. Beständiges Fieber mit abendlichen Exacerbationen, Nachtschweisse und Diarrhöen brachten die Kranke in hochgradigen Marasmus. Wirkliche Blutungen aus den Genitalien hatten nie stattgefunden, dagegen war während der letzten 2 Jahre fast constant ein öfters blutig tingirter fluor albus vorhanden. Am 24. August 1874 schritt E. zur Exstirpation der Geschwulst. Nach Einleitung der Chloroformnarkose wurde die Bauchhöhle durch einen ca. 25. Cm. langen Schnitt in der linea alba eröffnet. Die Geschwulst stellte sich als der bedeutend vergrösserte Uterus dar. Links inserirten sich Tube und Eierstock sehr hoch oben, rechts fast in normaler Höhe. Die vergrösserte Gebärmutter wurde sammt ihren Adnexen nach aussen hervorgezogen, wobei 6 membranöse Verbindungen mit Nachbartheilen unterbunden und durchschnitten werden mussten. Um das fast normale untere Uterinsegment wurde nun zur provisorischen Blutstillung die hakenförmige Klammer von Mas-

lowsky gelegt. Hierauf präparirte E. von der vorderen Fläche der Geschwulst einen handtellergrossen Peritoneallappen ab, der auch die oberflächliche Muskelschicht in sich fasste und zwar so, dass seine Basis nur wenig über der Klammer und parallel mit derselben lag. Der Lappen schrumpfte nachträglich und wurde etwa 0,5 Cm. dick. Jetzt rückte E. die Klammer etwas tiefer, legte locker darunter, der Sicherheit wegen, die Kette eines Constricteurs herum und trug mit dem Messer die ganze Geschwulst sammt Tuben und Eierstöcken in einem Zuge ab. Der noch über der Klammer zurückgebliebene Stumpf wurde mit der galvanocaustischen Schneideschlinge fast im Niveau der Klammer selbst abgebrannt. Allein die Lumina der Gefässe in den ligg. lata klafften trotzdem. Da der Versuch, die Blutung mit Hülfe des Glüheisens zu stillen, misslang, so wurden endlich beiderseits Massenligaturen mit Erfolg angelegt. Eine Ligatur wurde noch am verschorften Gebärmutterstumpf selbst nöthig. E. leitete sie durch den Cervicalcanal in die Scheide und klappte nun den abpräparirten Peritoneallappen über den Uterusstumpf, um ihn mit 11 metallenen und 9 Seidenligaturen, die alle kurz abgeschnitten wurden, so an den vom cavum Douglasii aufsteigenden Peritonealüberzug des Uterus zu befestigen, dass beide seröse Flächen in genaue Berührung kamen. Nach Reposition des Stumpfes in die Beckenhöhle wurde die Bauchwunde durch 8 tiefe und 9 oberflächliche Seidennähte vereinigt. — Die Operation hatte 2 Stunden gedauert. Am 2. Tage nach der Operation wurden die unteren Nähte durchschnitten, 2 Tage lang floss eine bedeutende Quantität blutigen Serums aus der Bauchhöhle; am 4. Tage war oberhalb der durchtrennten Nähte eine Vereinigung der Wunde per primam erfolgt. Am 16. Tage trat Blutung aus dem unteren Wundwinkel und aus den Genitalien ein, welche 4 Tage dauerte, mit dem gewöhnlichen Termin der Regeln zusammenfiel und von einer Hyperämie des Zellgewebes im Beckenraume begleitet war, welche einer Parametritis nicht unähnlich erschien. Am 2. Tage der Blutung wurde ein 1 Cm. langer und schmaler nekrotischer Fetzen vom Rande des Lappens abgestossen; darauf konnte das in den Cervicalcanal eingespritzte Wasser aus dem unteren Wundwinkel herausfliessen; und nach mehreren Versuchen gelang es 2 Tage später von der Gebärmutterhöhle eine Sonde durch die Bauchwunde herauszuführen und daran ein Drainrohr durchzuziehen, welches nach einer Woche ganz entfernt werden konnte. Am 22. Tage verliess die Kranke das Bett und Ende September war sie vollständig genesen. Im Laufe der nächsten 2 Monate nahmen die Ernährung und die Kräfte der Kranken auffallend zu, und sie befindet sich gegenwärtig in einem ausgezeichneten Gesundheitszustand. Der zurückgelassene Uterustheil, der 14 Tage nach der Operation einen 5,5 Cm. langen Canal hatte, ist jetzt bedeutend atrophirt, sein Canal misst kaum 4 Cm.; er ist vollständig beweglich und macht bei der Untersuchung den Eindruck eines rudimentären Uterus.

Dieses ist der erste erfolgreiche Fall von Hysterotomie durch den

Bauchschnitt in Russland und überhaupt der erste, in welchem Maslowsky's serös-plastische Methode am Menschen angewendet worden ist.

E. Pawloff (St. Petersburg).

G. Veit. Gebärmutternaht beim Kaiserschnitt.

(Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie 1874. Bd. III. Hft. 2.)

Im 1. Fall (21j. Mädchen, rachitische Conj. diag. 6 Cm.) wurde der Uterus mit 8 Catgut-Heften geschlossen; die Bauchdecken mit 10 seidenen Suturen. Genesung.

Im 2. Fall (hohe Verkrüppelung, Conj. diag. 10 Cm.) wurde die Gebärmutterwunde mit 7 tiefen und 2 oberflächlichen, die Bauchdecken mit 12 Catgut-Suturen vereinigt. Genesung.

V. knüpft hieran die Bemerkung, dass er fortan bei jeder Sectio caesarea, ganz gleich ob die Gebärmutter sich nach ihrer Entleerung gut contrahire oder nicht, ob die anderweitigen Mittel, die Blutung zu stillen, erfolgreich oder wirkungslos seien, zur Schliessung der Uteruswunde mit Catgutfäden übergehen werde.

Leopold (Leipzig).

Bartholemew's Hospital. Bericht für 1873.

In diesem Londoner Hospitale wurden behandelt 3450 Kranke, darunter 1988 M. und 1462 W., davon gebessert oder geheilt entlassen: 1660 M., 1194 W.; ungebessert: 115 M., 82 W.; gestorben: 95 M., 45 W.; verblieben: 188 M., 141 W.

Von grösseren Operationen wurden verrichtet: Ligatur der art. femoral. wegen Aneurysma der art. popl. 3 Mal; bei dem 35j. Mann, welcher starb, kehrte nach der Ligatur mit Catgut die Pulsation im Aneurysma wieder, eine 2. Ligatur blieb erfolglos; bei einem 33j. Mann erfolgte am 22. Tage Gangrän einiger Zehen. Ligatur der Tibial ant. 1 Mal mit Erfolg.

Die 7 Resectionen, sämmtlich mit Erfolg verrichtet, betrafen 2 Mal die Hüfte, 4 Mal das Knie, 1 Mal den Ellenbogen. Von 39 Sequestrotomieen glückte nur 1 nicht.

Verzeichnet sind als geheilt: wegen Trauma: 7 primäre Amputationen (darunter 2 Obersch.), 1 secundäre Amput.; wegen Erkrankung: 30 Amputationen und Resectionen, darunter 12 Obersch. und 1 Hüftg. Gestorben nur 1 Unterschenkelamputation.

Es wurden verrichtet: Exstirpationen von Tumoren 111 (darunter 16 Carc. mamm.) mit 3 Todesfällen, 8 Seitensteinschnitte mit 1 Todesfall (durch Nachblutung), 15 Herniotomieen ohne Eröffnung des Bruchsacks mit 1 Todesfall (durch Septicämie), 18 Herniotomieen mit Eröffnung des Bruchsacks mit 11 Todesfällen; 8 Uranoplastiken, 1 ohne Erfolg.

Die beiden Ovariotomieen betrafen eine 25jähr. Frau, welche schon secundäre Tumoren im Abdomen zeigte und bald nach der Ope-

ration starb, und eine 59j. Frau, bei der ein Explorationsschnitt die Unmöglichkeit der Ausführung darthat; Tod durch Erschöpfung.

Von 380 einfachen Fracturen wurden geheilt 309 (1 mit falschem Gelenk), es starben 17, in Behandlung blieben 54; von 59 complicirten Fracturen wurden geheilt 47 und es starben 4, in Behandlung blieben 8.

Beigefügt ist eine Tabelle, welche die Resultate der Amputationen (und Exarticulationen) der letzten 10 Jahre (1864—1873 incl.) umfasst.

Körpertheil	wegen Trauma						wegen Erkrankung		
	primär			secundär					
	geh.	gest.	% Mortal.	geh.	gest.	% Mort.	geh.	gest.	% Mort.
Hüfte	—	—	—	—	—	—	2	—	—
Obersch.	7	3	30,0%	11	10	47,61%	91	36	28,34%
Knie	1	—	—	2	—	—	3	1	25,00%
Untersch.	12	13	52,0%	8	6	42,85%	47	21	30,88%
Fussgelenk	—	—	—	—	—	—	32	3	8,57%
Schulterg.	1	—	—	—	—	—	4	1	20,00%
Oberarm	16	2	11,11%	10	2	16,66%	14	3	17,64%
Vorderarm	29	1	3,33%	4	—	—	16	1	5,88%

Pilz (Stettin).

Fl. S. Lees. Handbuch für Krankenpflegerinnen.

Auf Wunsch I. M. der Kaiserin-Königin in deutscher Sprache herausgegeben von Dr. Paul Schliep.

Berlin. **Aug. Hirschwald.** 1874. 8⁰. 147 S.

Die zunächst für den Gebrauch in der mit dem Augusta-Hospital zu Berlin verbundenen Krankenpflegerinnen-Schule bestimmte Uebersetzung des englischen Textes behandelt in allgemein verständlicher Form vorzugsweise dasjenige System der Ausbildung, welches nach dem Vorschlage der bewährten Miss Nightingale den meisten Krankenwartschulen Englands zu Grunde gelegt ist. Die Unterweisung erstreckt sich über die allgemeinen Erfordernisse der Krankenpflege, namentlich die persönlichen Eigenschaften der Pflegerinnen, über die Methode der Ausbildung und den praktischen Krankendienst in seinen verschiedensten Zweigen, als Küche, Wäsche, Saaldienst und specielle technische Verrichtungen. Unter letzteren sind namentlich die verschiedenen Formen der Anwendung von Arzneimitteln, die Verbandlehre, kleine chirurgische Hülfsleistungen, der Krankenbericht und die Zubereitung einer grossen Zahl von Nahrungs- und Genussmitteln eingehend erörtert.

Arn. Hiller (Berlin).

Rose (Zürich). Vorschlag zur Erleichterung der Operationen am Oberkiefer.

(Arch. für klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 3. p. 454—471.)

Der Kranke liegt im warmen Zimmer mit entblösstem Hals und nackter Brust horizontal auf dem Tisch in gewöhnlicher Rückenlage,

unter dem Kopfe ein Kissen, und wird tief narkotisirt. Ist die Narkose fertig, so wird das Kissen entfernt, der Kranke einen Fuss breit hinaufgeschoben und der Kopf über den gepolsterten Tischrand gehängt. In dieser rechtwinkeligen Lage wird der Kopf, der Scheitel dem Boden zugekehrt, an den Schläfen von den zwei Händen des zuverlässigsten Wärters, welcher am Kopfende auf einem Kissen kniet, fest gehalten. Der Operateur sitzt daneben und pausirt, so oft der Kranke erwacht. In der Kieferecke sitzt ein Mundspeculum, die Zunge wird mit einer stumpfen Zange in die Höhe gehalten, damit sie nicht den Gaumen bedeckt. Sowie geschnitten wird, läuft das Blut in die Choanen und mit der Zeit durch die Nasenöffnung wieder heraus zum Boden. Ein in den Rachen geführter Stielschwamm kommt blutfrei zurück. Tritt nach der Narkose Erbrechen ein, so ist selbst bei den blutigsten Operationen nie Blut im Erbrochenen bemerkt worden. Nach der Operation wird der Kranke mit einer Art Schleuderbewegung in die sitzende Lage gebracht.

Auffallend sind die unmittelbaren Folgen der Anwendung dieser Procedur. Die Chloroformnarkose ändert sich dabei gar nicht. Dagegen am Kopfe zeigen sich in der Periode des Hängens bemerkenswerthe Symptome. Die Augen werden glänzend und treten hervor, der Kopf erscheint geschwollen, da alle seine Querumfänge bis zu 3 Cm. zunehmen. Sofort nach dem Aufrichten verschwindet aber schnell, in wenigen Minuten messbar abnehmend, diese Volumsvermehrung. Bis zum 3. Chirurgencongress wurde das Verfahren angewendet: 2 Mal bei Uranoplastik und Staphyloraphie; 4 Mal bei Oberkieferresectionen; 1 Mal bei Amputatio nasi und Rhinoplastik und 3 Mal bei Hasenschartenoperationen; ferner bei mehreren Tonsillotomieen und bei 2 Larynxectomieen. **Wilh. Koch** (Berlin).

O. Becker (Heidelberg). Ueber Einheilung von Kaninchenbindehaut in den Bindehautsack des Menschen.

(Ein Beitrag zur Symblepharon-Operation. Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 26.)

Verf. hat nach dem Vorgang von Wolfe (Transplantation conjonctivale du lapin à l'homme, Glasgow med. journ. 1873 und Ann. d'Oculist. LXIX, 121) zum Ersatz der menschlichen Conjunctiva die des Kaninchen verwandt. Zwei im Original ausführlich mitgetheilte Krankengeschichten bestätigen die interessante Thatsache, dass die völlig vom Mutterboden getrennte Schleimhaut des Kaninchens auf den fremden Boden des menschlichen Organismus versetzt auf frischer Wundfläche des letzteren anheilte. Ausser dem physiologisch werthvollen Umstand, dass Transplantationen von Säugethieren auf den Menschen gelingen, was von Jacenko und Czerny noch nicht bewiesen worden, ist hiermit für die Chirurgie ein wichtiges Resultat gewonnen, da für die Therapie von mancherlei Erkrankungsformen

hieraus nützliche Momente hergeleitet werden können. Freilich ist die Oertlichkeit, an welcher die Versuche vorgenommen wurden, eine besonders geeignete, da, wie Verf. bemerkt, ein günstigerer Brutapparat für lebende Gewebe sich kaum ersinnen lässt, als zwischen zwei von Blut durchströmten lebenden Organen. — Noch ist zu bemerken, dass B., um besonders grosse Conjunctivaflächen zu gewinnen, dieselbe von der ganzen Palpebra tertia durch Auslösen des Knorpels abpräparirte und ausbreitete. **v. Mosengeil** (Bonn).

H. Zeissl (Wien). Eine Methode ohne Einführung des Katheters Flüssigkeiten in die männliche Harnblase zu bringen.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 51 und 52.)

Um bei Blasenleiden Flüssigkeiten in die Blase bringen zu können, ohne den Katheter einzuführen, der bei Blutungen leicht ebensoviel und mehr schaden kann, als die injicirten Adstringentien nützen, hat Verf. einfach die Spitze eines Irrigators in die äussere Harnröhrenöffnung gesteckt, während der Patient horizontal mit erhöhtem Steiss gelagert war und der Penis an die Bauchdecken gespannt gehalten wurde. Nach mehr oder minder langer Zeit (Secunden bis mehrere Minuten) fühlt der Kranke das Eintreten der Flüssigkeit in die Blase (angeblich unter einem Behaglichkeitsgefühl). Es ist so mehrfach gelungen, nur durch den hydrostatischen Druck, bedingt durch die Niveaudifferenz der Flüssigkeitssäule im Irrigator und der Blase, 4—8 Unzen in die Blase zu injiciren. — Ein derartig behandelter Fall von Haematurie bei Cystitis und Tripper illustrirt die Methode und fordert zur Nachahmung auf. **v. Mosengeil** (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

Pippingsköld. Ueber galvanische Suturen.

(Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie 1874. Bd. III. Hft. 2.)

Verf. wandte die galvanische Sutur mit versilbertem Kupferdraht gegen zwei Fisteln an — die eine vesico-cervical, die andere vesico-vaginal —, die beide im grössten Theil ihrer Peripherie von ausgebreiteter Narbentextur umgeben und früher ohne Erfolg mittelst gewöhnlicher Metallsuturen operirt worden waren. Wegen der näheren Details und einiger sich daranschliessenden Galvanometer-Experimente ist auf das Original zu verweisen. **Leopold** (Leipzig).

N. Eck. Die Tracheotomie bei Opiumvergiftungen.

(Sitzung der Gesellschaft russischer Aerzte am 16. Decbr. 1874, russisch.)

Im Sommer 1871 hatte E. einem Pat. mehrere Kehlkopfspolypen entfernt. Es war nur eine letzte, bei der Exspiration sich stetig in der Stimmritze einklemmende Geschwulst zurückgeblieben. Um auch diese zu entfernen, wurde zunächst die locale Anästhesie durch Pinselungen mit Morph. acet. angestrebt. Im Ganzen mochten hierzu, nach der Schätzung des Operateurs, 0,15—0,2 grm. Morphiumsalz verbraucht worden sein, während Pat. die Nacht vorher etwa 0,15 gr. Opium innerlich gegen den quälenden Husten genommen hatte. Eine Viertelstunde nach der letzten Be-

pinselung wurde Pat. in so hohem Grade asphyktisch, dass E. statt zur Polypexstirpation zur Tracheotomie schreiten musste. Die consequente Anwendung der künstlichen Respiration während 3 Stunden ergab nur ein kurz dauerndes Erwachen des Pat. Die Manipulationen mussten weitere $1^1/_2$ Stunden fortgesetzt werden, bis es unter fernerer Anwendung von etwa 6—7 milligr. Atropin und von verschiedenen Excitantien gelang, den Vergifteten dauernd in's Leben zurückzurufen. — E. glaubt dass die hier im Kehlkopf von den vorherigen Operationen zurückgebliebenen Granulationsflächen, als epithellose Flächen die intensive Resorption des Morphium begünstigt haben, und warnt daher vor zu energischen Bepinselungen bei obigen Verhältnissen der Kehlkopfschleimhaut.

Der 2. Fall betraf eine 22jähr. Frau, die in selbstmörderischer Absicht 30 grm. Tinct. Opii simpl. (n. d. russischen Pharmakopoe) zu sich nahm. — E. führte die Tracheotomie $3^1/_2$ Stunden nach Eintritt der Vergiftung aus; hierauf wurde während $5^1/_2$ Stunden die künstliche Respiration bei der tief Narkotisirten in's Werk gesetzt. Jetzt, 9 Stunden nach Beginn der Asphyxie trat Tetanus aller Muskeln des Körpers ein und machte die methodischen Compressionen des Thorax unmöglich. Es wurde daher zum Einblasen der Luft direct in die Trachealkanüle mit Hülfe eines Blasebalges geschritten. 5 Stunden dauerte der Tetanus mit 12 bis 13 unvollständigen Remissionen, auf die jedesmal um so heftigere Exacerbationen folgten. Endlich 17 Stunden nach Anfang der Narkose kehrte das Bewusstsein völlig wieder, nachdem Pat. während der ersten 10 Stunden leblos wie eine Leiche dagelegen hatte. — Verf. empfiehlt, mit Recht auf obige Fälle fussend, die Eröffnung der Trachea mit nachfolgender consequenter Anwendung der künstlichen Respiration als Hauptrettungsmittel im asphyktischen Stadium der Morphiumvergiftung.

E. Pawloff (St. Petersburg).

H. Clarke (Worcester). Surgical treatment of empyema.

(The Boston med. and surg. Journal 1874. Vol. XCI. No. 7.)

In einem vor der Massachusetts Medical Society gehaltenen Vortrage schliesst sich Verf. in Bezug auf Indicationen und Behandlung des Empyems den bekannten Ansichten von Lebert und Kussmaul u. A. an. Aspiration des Pleurainhalts, zum Theil zur Feststellung der Diagnose als erster Act; nach Wiederansammlung des Exsudats freie Incision der betreffenden Thoraxhöhle mit folgender Drainage und antiseptischen Ausspülungen. Als Ort der Incision wird der tiefste Punct der Pleurahöhle in der Rückengegend (nach Bowditch), oder bei geschwächten Patienten der Vorschlag Kussmaul's, im 5. oder 6. Intercostalraum in der Mitte zwischen Axillar- und Mammillarlinie zu incidiren, acceptirt. In dieser Weise behandelte er 5 Fälle von Empyem, 2 Männer (einer 28 J. alt, beim andern war das Alter nicht angegeben), ein 4jähr., ein $3^1/_3$jähr. Mädchen und eine 28jähr. Frau. In jedem Falle hatte sich der Eiter nach 1, resp. 2maliger Aspiration wieder angesammelt und es wurde eine permanente Oeffnung angelegt. In allen Fällen günstiges Resultat, nur das $3^1/_3$jähr. Mädchen starb an hinzugetretenem Erysipel. In einem Falle, in dem zur Desinfection eine Lösung von 2 Theelöffel Acid. carbol. auf 1 Pinte Wasser und 1 Unze Glycerin (die gewöhnl. Dose war 1 Theel. Säure auf dieselbe Quantität Wasser und Glycerin) genommen war, färbte sich der Urin beim Stehen ganz schwarz; da sich jedoch sonst keine üblen Symptome zeigten, wurde dieselbe Säurelösung zur Desinfection weiter gebraucht. Die Kinder wurden zur Operation leicht chloroformirt. Im letzten Falle, bei der 28jähr. Frau, wurden an Stelle von Leinwandwieken 2 Kautschukröhrchen, wie zu erwarten stand, mit gutem Resultat in der Incisionswunde befestigt und die Pleurahöhle durch das eine ausgespritzt, während die injicirte Flüssigkeit mit dem Eiter durch das andere abfloss. Hierauf wurden die Röhrchen mit Holzsäpfchen verstopft. Seinen 5 Fällen reiht C. 4 in ähnlicher Weise von Dr. Blake aus Boston behandelte und im selben Journal (June 5, 1873) besprochene Fälle an, welche letztere sämmtlich gut verliefen, so dass auf 9 Fälle nur 1 Todesfall (durch hinzugetretenes Erysipel) kommt.

A. Burger (London).

Amory. Traitement des rétrécissements de l'urèthre par la galvano-caustique chimique.

(Archives médicales belges 1874. No. 11.)

Seitdem Tripier gefunden haben will, dass die, bei der Elektrolyse leicht zersetzlicher Salzlösungen (Quecksilberjodür und -jodid, Chlorsilber), an dem negativen (alkalischen) Pol einer galvanischen Kette bewirkte Cauterisation von Geweben sehr gute, nämlich sog. weiche, nicht retractile Narben gebe, wendet Mallez in seiner Klinik zu Paris diese (verbesserte Ciniselli'sche) Methode zur Beseitigung von Harnröhrenstricturen mit günstigstem Erfolge an. Er bedient sich dazu einer sondenförmigen Electrode aus gedrehten Metallfäden, welche nach Art eines Mandrins in einer Gummihülse steckt und vorn mit einem cylindrischen Metallknopf versehen ist. Während nun die positive Electrode einer genügend starken galvanischen Batterie (etwa 15—18 Daniells) auf den angefeuchteten Oberschenkel gesetzt ist, wird die negative Electrode in die Harnröhre eingeführt und nach Schluss der Kette langsam vorgeschoben. Sobald die Gummihülse sich bequem über den Sondenknopf hinüberschieben lässt, ist die Strictur beseitigt und die Operation beendet. Eine Nachbehandlung ist kaum erforderlich, das Verfahren angeblich sehr wenig schmerzhaft. Recidive sind bisher nicht beobachtet.

Arn. Hiller (Berlin).

Van Buren. Plea for the treatment of the consequences of obstructive enlargement of the prostate by early use of the catheter.

(New York med. Journal 1874. July. No. 112. p. 1.)

Verf. bespricht die bekannten unmittelbaren und secundären Folgezustände der Prostatahypertrophie und hebt unter den letzteren namentlich die Steinbildung hervor; es sind in der Regel einfache Phosphatsteine, welche in der Blase selbst entstehen, zuweilen enthalten dieselben als Kern einen kleinen Harnsäurestein, welcher aus den Nieren stammt und wegen der Harnröhrenverengerung in der Blase liegen bleibt. In Betreff der Therapie gilt die Erfolglosigkeit einer medicamentösen Behandlung für erwiesen (die Heine'schen parenchymatösen Jodinjectionen scheinen dem Verf. nicht bekannt, Ref.) und es ist daher nach der Erfahrung des Verf.'s das einzig rationelle Mittel, um den gefahrvollen Consequenzen der Prostatahypertrophie vorzubeugen, welche sich alle auf die behinderte Urinentleerung zurückführen lassen, die frühzeitige und consequente Application des Katheters. Man soll mit dem Katheterisiren beginnen, sobald sich Urinbeschwerden einstellen und damit für immer ganz regelmässig fortfahren, ohne wieder das Uriniren auf natürlichem Wege zu versuchen. Gegenüber den gegen dieses Verfahren geltend gemachten Einwendungen vindicirt Verf. der Harnröhre einen hohen Grad von Toleranz gegen instrumentellen Contact, so dass das Katheterisiren, nach einer vorgängigen allmäligen und systematischen Angewöhnung, je länger um so besser vertragen werde. Zum Beweise führt Verf. solche Fälle aus seiner Beobachtung an, wo Patienten bis über 20 Jahre lang bei bestem Wohlbefinden sich beständig selbst katheterisirten und versichert, in zahlreichen Fällen von der fortgesetzten Anwendung des Katheters niemals wirklichen Nachtheil beobachtet zu haben.

P. Bruns (Tübingen).

Th. Annandale (Edinburgh). Schwere Erscheinungen eines Nieren-Steins, durch inexplorative Incision geheilt.

(British med. Journal 1874. p. 768.)

Bei einer Frau, welche die Erscheinungen einer Steinkrankheit der linken Niere darbot, legte A. unter Spray die linke Niere und Urether durch einen 7″ langen Schnitt bloss. Da kein Stein, noch anderweitige Abnormitäten sich fanden, wurde die Wunde vereinigt und streng antiseptisch verbunden. 3 Tage bestand Uebelkeit und längere Zeit gutartige Eiterung; vom 4. Tage an blieb die Frau dauernd von ihren Schmerzen frei. — (Wenn A. somit ausführte, was er 1869 für supponirte Nierensteine empfahl, so dürfte ein solches Vorgehen doch nicht als »energischer Gegenreiz«, als gesetzmässige Handlungsweise hingestellt werden. Ref.)

Pilz (Stettin).

V. Jakson und **O'B. Kought.** 9 Steinoperationen.

(British. med. Journal 1874. p. 812.)

Die Arbeit enthält einen summarischen Bericht über die 9 in Wolverhampton-Staffordishire-Spitale 1874 verrichteten Steinoperationen, welche mit denen der 3 früheren Jahre 40 betragen, mit nur einem Todesfalle. Stets wurde in der Narkose auf eingeführter Steinsonde, ohne vorherige Füllung der Blase, der Seitensteinschnitt gemacht; der Stein selbst mit linkem Zeigefinger und Steinlöffel, resp. Zange entfernt. Das Alter der Operirten, von denen J. 8 operirte, betrug 2 Mal 3 und 5 Jahre, sonst 4, $6^1/_2$, 22, 48 Jahre; der kleinste Stein wog 3 Gran, der grösste, dem 22jährigen gehörig, 1200 Gran und bestand bei den Kindern stets aus reiner Harnsäure, bei dem 22jährigen Pat. aus oxalsaurem Kalk, bei dem 48jährigen der Kern aus Harnsäure mit einem Mantel aus Phosphaten. (Auf den etwaigen Einfluss des Aufenthaltsortes und die Lebensweise ist im Berichte nicht eingegangen. Ref.) Soweit sich die Zeitdauer der Steinbeschwerden ermitteln liess, schwankte sie von 4 Monaten bis zu 12 Jahren. **Pils** (Stettin).

A. Jansen. Observation de myosite suppurée.

(Archives médicales belges 1874. No. 12.)

Bei einem Cavalleristen war nach angestrengten körperlichen Uebungen, unter Rheumatismus ähnlichen Anfängen, eine acute Entzündung und Abscedirung im Bereiche der rechten Mm. pectoralis major, Coraco-brachialis und Latissimus dorsi aufgetreten. Trotz frühzeitiger Incisionen hohes Fieber und kurzdauernde septicämische Erscheinungen, welche mit Acid. carbolic. innerlich (0,3 : 200) erfolgreich bekämpft wurden. Auch die nachfolgende bedeutende Muskelatrophie, bes. Narbenschrumpfung wurde durch Massage, Gymnastik und Elektricität überwunden.

Verf. hält es für erwiesen, dass bei der Myositis die Muskelfaser selbst sich entzünden und vereitern könne. **Arn. Hiller** (Berlin).

Maas. Angeborene Verrenkung des rechten Unterschenkels nach vorne.

(Arch. für klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 3. p. 492.)

Der Unterschenkel des am 19. Septbr. 1872 geborenen Knaben stand bei gestrecktem Hüftgelenk im Kniegelenk so nach vorne und oben, dass er einen nach der Streckseite offenen, dem rechten sich nähernden Winkel bildete. Durch leichten Druck konnte man bei Beugung des Hüftgelenks die Zehenspitzen auf die Brust legen. Die wohl überknorpelten Gelenkflächen der Tibia lagen auf der Vorderfläche der Femurepiphyse (luxatio cruris praefemoralis erecta), die Patella fehlte ganz und der Tensor cruris quadriceps inserirte sich direct an die Tibiatuberosität. Nach Reposition der Verrenkung liess sich die normale Beugung im Kniegelenk passiv ausführen. Sobald man aber den Unterschenkel losliess, kehrte er durch den Zug des Quadriceps sofort in seine Luxationsstellung zurück.

Ein durch 6 Wochen belassener Gypsverband nutzte wenig, indess wurde späterhin das Gehen durch eine Lederkappe mit entsprechendem Stützapparat ermöglicht.

Aehnliche Verrenkungen finden sich bisher nur 4 Mal beschrieben, doch war in dreien der 4 Fälle die Patella gut entwickelt und die mechanische Behandlung bei Weitem wirksamer als in dem eben referirten. **Wilh. Koch** (Berlin).

Luis Muñoz. Keilförmige Resection der linken Tibia in der Continuität.

(El Anfiteatro anatomico español 1874. No. 35. p. 141.)

Ein 24jähr. Mann hatte vor $1^1/_2$ Jahren eine Fractur des linken Unterschenkels erlitten. Auch war über dem Bruch eine Wunde der Weichtheile vorhanden. Der Bruch war geheilt, aber mit einer derartigen Difformität, dass die Tibia im unteren Drittel von der Medianlinie des Körpers weg nach aussen geknickt erschien und der Fuss nur mit dem Innenrand der grossen Zehe den Boden berührte. Die Beweglichkeit im Tibio-Tarsalgelenk war frei. Wegen Unmöglichkeit des Gehens liess

sich Pat. in das Hospital San Andres zu Mexico aufnehmen. Da die vorgeschlagene Amputation nicht acceptirt wurde, so resecirte M. einen Keil aus der winklig verheilten Tibia, anscheinend mit glücklichem Ausgang. Er hält jedoch solche Eingriffe nur bei Abwesenheit von constitutionellen Affectionen (Krebs, Scrophulose, Syphilis) für zulässig, weil sonst gefährliche Ostitiden auf derartige Operationen zu folgen pflegen. In Mexico soll obige Operation noch nie früher ausgeführt worden sein. **Ullersperger** (München).

Annandale. Unvereinigte Fractur der Vorderarms; Absägung, Knochennath.

(British med. Journal 1875, p. 30.)

Bei einer durch Maschinenverletzung entstandenen, complicirten Fractur des Vorderarms war nach Necrotisirung eines grösseren Stücks der Ulna eine geringe Beweglichkeit an der Bruchstelle des Radius, eine bedeutendere an der der Ulna zurückgeblieben, so dass der Arm wenig brauchbar und Pro- und Supination fast aufgehoben war. 6 Monate nach dem Unfalle wurden am 27. Juni 1873 unter Lister'schen Vorsichtsmassregeln dem 29jährigen Manne zuerst die bereits abgerundeten, atrophischen, durch breite, ligamentöse Masse verbundenen Bruchenden der Ulna abgesägt, dann die ligamentösen Stränge zwischen Ulna und Radius getrennt und endlich aus dem Radius die Bruchstelle nebst anliegender Partie so weit ausgesägt, dass die Ulna-Enden ($1^1/_2''$ Ulna fehlte) genau adaptirt werden konnten. Zwei Knochennäthe aus starkem Silberdraht sicherten die Verbindung und wurden, da sie am 3. Juli schon lose waren, von Neuem zusammengedreht; die definitive Lösung erfolgte am 3. und 13. August (Ulna). 8 Wochen später, der Kranke hatte seit 6 Wochen das Spital verlassen — zeigten sich die Knochen fest vereinigt, die Pro- und Supination war in beschränktem Masse vorhanden; die Kraft und Brauchbarkeit des Arms um Vieles besser, als früher.

A. machte darauf aufmerksam, dass in diesem Falle der Defect der Ulna und die Adhäsionen am Radius die Operation erschwerten, und dass es in manchen Fällen von frischen Vorderarm-Fracturen gerathen erscheinen möchte, die stark diclocirten Bruchenden nach der Reduction durch die Knochennath in ihrer guten Lage zu erhalten. **Pils** (Stettin).

L. Levschin (Kasan). Vorschrift zur Bereitung von künstlichem Kuh-Kumys.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 39.)

Verf. hat bei Patienten, die durch chronische Eiterungen sehr heruntergekommen waren, und bei Reconvalescenten nach langwierigen, malignen Erysipelen mit oben genanntem Präparat gute Erfolge erzielt. Diarrhöen wurden dadurch in den angeführten Fällen beseitigt, die Ernährung gebessert. Das Getränk enthält ein geronnenes, durch mechanisches Schlagen ausserordentlich fein zertheiltes Caseïn, viel Kohlensäure und gewisse Quantitäten Alkohol, wird besser vertragen als Milch (3—6 Flaschen täglich) und ist viel billiger, als Stuten-Kumys. Die Erzeugung geschieht durch Einwirkung eines aus Kumys, Milchzucker und Milch (diese muss gut abgerahmt sein) bereiteten Fermentes auf ebenfalls gut abgerahmte Milch bei Wärme und wiederholtem Schlagen der Mischung. **v. Mosengeil** (Bonn).

Berichtigung:

S. 40 lies überall μ statt Mm.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 8. **Sonnabend, den 20. Februar.** **1875.**

Auch einige Worte über den Mechanismus der Brucheinklemmung.

Von

Dr. **Alfred Bidder** in Mannheim.

Eine kleine Arbeit von mir, in der ich, gestützt auf Experimente am menschlichen Darm, nachzuweisen suche, dass die Roser'sche Ansicht über den Modus der Brucheinklemmung die einzig richtige ist, befindet sich bereits im Druck und wird im Archiv für klin. Chirurgie Bd. XVIII. Heft 2 erscheinen. Da ich nun nachträglich gesehen (Centralbl. f. Chirurgie, 1875, No. 3 u. 4) dass Lossen seinen Standpunct geändert hat, und der Roser'schen Lehre »unter gewissen Umständen«, wenn auch noch reservirt und verclausulirt beigetreten ist und da ferner Professor Roser eine Demon-

stration seiner Experimente für den nächsten Chirurgencongress (Centralbl. für Chirurgie, 1875, No. 6) in Aussicht stellt, so möchte ich mir erlauben hier kurz die Resultate meiner Experimente zusammenzustellen.

Der Einfluss der relativen Weite der Bruchpforte scheint mir bisher zu wenig betont worden zu sein. Eine Brucheinklemmung tritt überhaupt nur ein bei absolut oder relativ zu enger Bruchpforte und unter letzterer verstehe ich eine solche, die anfangs weit (ca. 2 Cm. im Durchmesser) durch plötzliches Eintreten von Weichtheilen (Mesenterium, Netz etc.) so eng wird, dass sich der Inhalt der Bruchschlinge nicht wieder zurückdrücken lässt. Das Hinderniss der Reposition liegt stets, wie ich gefunden habe, in einer Compression oder engen Stenosirung beider, zur Bruchschlinge führender, Darmschenkel, bei gleichzeitiger, wenn auch geringer, Füllung der Schlinge mit Luft, oder Wasser oder dickem Brei.

Den bei der Stenose herbeigeführten Verschluss kann man sehr wohl einen klappenartigen oder ventilähnlichen etc. nennen, da die Inhaltsmasse das Darmrohr dicht vor der Stenose nach allen Seiten auszudehnen sucht, wodurch die im Bruchring aneinanderliegenden gefalteten Darmwände nur um so stärker aufeinander gedrückt werden. Nur wenn die schlaffe Darmwand jenseits der verengten Stelle eben so stark gespannt wird, kann unter Umständen das Aneinanderliegen der Darmwände aufgehoben und der »klappenartige« Verschluss beseitigt werden.

Ein Einfluss der Abknickung des Darmes auf das Zustandekommen der Einklemmung lässt sich nicht constatiren; wo das der Fall zu sein scheint kann man die Verhältnisse leicht auf Compression oder Stenosirung reduciren.

Eine Einklemmung nach Lossen, also dadurch, dass der gefüllte zuführende Schenkel den abführenden in der Bruchpforte comprimirt kommt niemals vor — es sei denn, dass sich ein sehr hartes Kothstück innerhalb des Darmrohres in der Bruchpforte einkeilt; ein Fall, von dem man wohl füglich ganz absehen kann. Das Lossen'sche Experiment gelingt nur, wenn man nach Füllung der Bruchschlinge und des zuführenden Schenkels den letzteren nicht weit hinter der Bruchpforte (also in der Bauchhöhle) comprimirt, so dass sein das Lumen stark füllender Inhalt nicht abfliessen kann. Man muss zu dem Zweck also ausser dem Bruch noch eine innere Einklemmung darstellen, d. h. auf einer Basis experimentiren, die den gewöhnlichen physiologischen Verhältnissen nicht entspricht.

Der Versuch muss wohl in folgender Weise angestellt werden: Man ziehe eine Schlinge vom untersten Ende des Ileum durch eine relativ weite Bruchpforte — nur bei weiter Pforte lässt sich überhaupt eine Compression des abführenden Schenkels durch den gefüllten zuführenden herbeiführen — und fülle nun den in der Bauchhöhle liegenden übrigen Darm vom Duodenum aus mit einer dicken

Breimasse, was allerdings etwas Geduld erfordert, da sich die Masse nur sehr langsam fortbewegt, auch wenn man sie unter hohem Druck einströmen lässt. Hat sich nun der ganze Darm und die Schlinge gefüllt, so fliesst allerdings durch den ausführenden Schenkel nichts ab, aber — es genügt eine nur leichte Compression der gefüllten Bruchschlinge, um den ganzen Inhalt wieder durch den zuführenden Schenkel in die Bauchhöhle zurückzudrücken. Auf demselben Wege, auf dem er gekommen war, entleert sich also der Inhalt wieder, zum Beweise, dass auf solche Weise, trotz der herbeigezogenen »Reibungswiderstände« dicker Kothmassen etc. eine Einklemmung nicht eintritt, auch nicht einmal das geringste Repositionshinderniss.

Ich glaube es daher wohl aussprechen zu dürfen, dass eine Einklemmung durch starke Füllung des zuführenden Schenkels niemals oder nur in ganz ausserordentlichen Fällen, d. h. bei gleichzeitiger innerer Einklemmung vorkommt, dass dagegen die Ansicht Roser's über den Mechanismus der Brucheinklemmung gesicherter und fester dasteht, als je.

Die nähere Auseinandersetzung und Begründung des eben Mitgetheilten folgt an einem anderen Orte.

Weil der Streit gerade in diesem Blatte so lebhaft geführt worden ist, glaubte ich, mir ebenfalls an dieser Stelle einige Worte über denselben Gegenstand gestatten zu dürfen.

Mannheim, den 6. Febr. 1875.

A. Iversen: Hypertrophia prostatae.

Monographisch dargestellt.

Kopenhagen 1874. (155 Seiten).

Der Verf. behandelt sein Thema sowohl von der pathologisch-anatomischen als von der klinischen Seite; jedoch berücksichtigen seine selbständigen Untersuchungen besonders die erstere. Zum Vergleich führt er dabei die Untersuchungen von Henry Thompson und Messer an (im Ganzen 105 Prostatahypertrophien nach dem 36. Jahre). Der Verf. selbst hat 203 Prostatae bei Individuen zwischen dem 36. und 83. Jahre untersucht und führt das Resultat unter den folgenden Rubriken an: Alter des Patienten, Gewicht und Breite des Organs, Länge der pars prostatica urethrae, Dicke der portio intermedia und Grösse des Diameter antero-posterior. Von den untersuchten 203 Personen hatten 64 pathologisch veränderte Prostatae, und zwar fand sich 3 Mal Krebs, 61 Mal Hypertrophie derselben vor. Bei den letzteren werden die Stellung des Patienten, die Todesursache, die Symptome, der Zustand der Blase, der Ureteren und der Nieren, und schliesslich die Form der Hypertrophie und die mikroskopische

Diagnose angeführt. Der Verf. giebt die Häufigkeit der Hypertrophie bei Individuen über 60 Jahren auf 59,7 %, bei Individuen über 36 auf 27,2 % an. Hypertrophie der beiden Seitenhälften wurde bei 40,4 % beobachtet; Hypertrophie aller Lappen wird zu 26,9 %, isolirte Hypertrophie der portio intermedia zu 7,7 % angegeben; am seltensten kommt die isolirte Hypertrophie eines Seitenlappens vor. Für die übrigen 25 % ist die Diagnose nicht specificirt, und diese sind nur mit dem Namen Hypertrophia prostatae bezeichnet. Bei 34,6 % war die Hypertrophie mit Prominenzen am Orificium vesico-urethrale verbünden, und in diesen Fällen fand sich immer eine breit angeheftete Basis. Die musculäre Valvula Mercier's hat der Verf. nicht gefunden. Der Querschnitt des Orificium war durch die Prominenzen verändert, am häufigsten semilunär oder wie eine sagittale oder transversale Spalte; niemals aber beobachtete Verf. etwas ähnliches bei der reinen Hypertrophie der Seitenhälften. Eine Elevation des Orificiums nimmt er nicht an, wohl aber Verschiebungen bei gleichbleibendem Niveau und dann vorzugsweise nach vorne. Nach der mikroskopischen Untersuchung werden die Prostatavergrösserungen in diffuse Hypertrophieen und Tumoren getheilt. Die erstern sind entweder rein myomatöse Hyperplasieen oder eine Mischung der myomatösen mit der glandulären Form. In derselben Weise sind die Prostatatumoren entweder reine Myome oder Myoadenome.

Als die Hauptursache der Prostatahypertrophie wird die mechanische Irritation durch Prostataconcremente betrachtet, denn diese werden immer in grösserer Menge bei der hypertrophischen Prostata gefunden. — Während Thompson angegeben hat, dass nur 15—16 % der Individuen mit Prostatahypertrophie krankhafte Symptome zeigen, haben die Untersuchungen des Verf. solche Symptome bei 40,3 % nachgewiesen. Einen anatomischen Unterschied zwischen Hypertrophieen mit Symptomen und solchen ohne dieselben hat Verf. nicht gefunden.

Eine partielle chronische Retentio urinae bildet das Initialsymptom. — Der plötzliche Uebergang derselben in eine vollständige soll von einer Exacerbation der chronischen Inflammation am Orificium internum mit darauf folgendem Oedem herrühren. Incontinenz entsteht lediglich durch Ueberlaufen des Urins bei übermässig gefüllter Blase.

Wenn die Section gleichwohl in der Regel contrahirte und nur 2 Mal dilatirte Blasen nachgewiesen hat, so erklärt sich dieser anscheinende Widerspruch mit der klinischen Erfahrung durch die complicirende Cystitis, welche die früher dilatirte Blase zur energischen Contraction gebracht hat. Im Gegensatz zu Thompson hat Verf. bei allen seinen Sectionen von Personen, welche in Folge der Hypertrophie gestorben waren, die Nieren und Ureteren constant leidend gefunden und überwiegend in solchem Grade, dass die

nächste Todesursache hier zu suchen war. Die Veränderungen bestanden in Dilatation der Ureteren und Hydronephrose.

Paulli (Kopenhagen).

C. Reyher (Dorpat). Ueber die Lister'sche Wundbehandlung.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 4.)

R. hat sich in dem von Lister geleiteten Krankenhause persönlich überzeugt, dass es durch eine systematische, peinliche Handhabung der antiseptischen Verbandmethode möglich ist, jede Putrefaction, entzündliche Reaction und Eiterung in Wunden, die in gesunden Theilen angelegt sind, zu vermeiden. Um die Frage zu beantworten, ob die Lister'sche Methode die accidentellen Wundkrankheiten zu beseitigen im Stande ist, hat R. in dankenswerther Weise tabellarisch die Amputationen zusammengestellt, welche Syme in den Jahren 1865—68, Lister in den Jahren 1870—73 ausführten. Beide Chirurgen benutzten dieselben Säle; jedoch hatte Syme 76, Lister nur 55 Betten; ausserdem wurden unter Lister zwei neben seiner Abtheilung befindliche Säle, welche früher als Reservesäle leer gehalten wurden, dauernd mit zusammen 16 Betten benutzt. Ferner hat Lister eine weit grössere Zahl relativ gefährlicherer Amputationen ausgeführt. Wir verweisen wegen dieser für die richtige Beurtheilung sehr wichtigen Einzelheiten auf das Original. — Die Tabelle I. ergiebt, dass Syme in den angegebenen 4 Jahren 120 Amputationen ausführte mit 28 tödtlich verlaufenden Fällen (23,3% Mortalität). Nach Abzug der Amputationen an Hand und Fuss bleiben 75 Fälle mit 25 Todesfällen (33,3%). — Bei den Todesfällen war die Ursache unzweifelhaft 20 Mal, wahrscheinlich 25 Mal eine accidentelle Wundkrankheit: 16 Mal Pyämie, 4 Mal Septikämie. — Lister machte 123 Amputationen mit 21 Todesfällen (17,0%) und zwar nach Abzug der Hand- und Fussamputationen 76 grössere Amputationen mit 20 Todten (26,3%). — In einem Falle von Fingerverletzung war Tetanus die Todesursache, in keinem der anderen 20 Todesfälle war eine accidentelle Wunderkrankung die Ursache. Die Tabelle II stellt die Amputationen in Hinsicht auf die Indication zur Operation zusammen; die Tabellen III und IV führen namentlich jeden Todesfall von Syme und Lister mit den näheren Angaben an. Eine V. Tabelle stellt zur Vergleichung die Resultate zusammen, welche Erichson während der letzten $3^1/_2$ Jahre im University College Hospital in London erzielte: 80 grössere Amputationen mit 21 Todesfällen (26,2%); von diesen wurden veranlasst durch Pyämie 9 Fälle, 1 Fall durch Erysipelas, 1 Fall durch Tetanus.

Maas (Breslau).

L. Landau (Breslau). Zur Aetiologie der Wundkrankheiten, nebst Versuchen über die Beziehungen der Fäulniss-Bacterien zu denselben.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 4.)

Verf. benutzte die Methode von Gscheidlen und Traube, welche in sorgfältig geglühten Glasröhren das Blut von inficirten Thieren auffingen und dasselbe auf den Eintritt von Fäulniss beobachteten, um in gleicher Weise Blutproben von Menschen zu entnehmen, welche an Infectionskrankheiten litten. Die beiden oben genannten Forscher fanden, dass, wenn sie Fäulnissbacterien enthaltende Flüssigkeit bis zu einer gewissen Menge den Thieren injicirten, das diesen entnommene Blut nicht faulte, selbst nach Monaten nicht, während auch die Thiere gesund blieben; überschritten sie die Menge der Injectionsmasse, so faulte das den lebenden Thieren entnommene Blut und die Thiere gingen unter den bekannten Krankheitserscheinungen zu Grunde. L. entnahm seine Blutproben erstens einer an Pyämie erkrankten Wöchnerin. Das 3 Tage vor dem Tode entnommene Blut faulte nicht, das 1 Stunde vor dem Tode entnommene Blut faulte. Doch war es aspirirt worden, der verschliessende Wattepfropf war blutig, die Röhrchen waren mit der Haut in Berührung gekommen. Eine 18 Stunden nach dem Tode entnommene Blutprobe faulte ebenfalls. Ebenso verhielten sich Blutproben, welche L. bei Septikämie, Wundfieber und Tetanus, embolischer Pyämie nach einer Amputation, Puerperalfieber, im Ganzen in 6 Fällen entnahm: niemals faulte das unter Cautelen dem Lebenden entnommene Blut, selbst nicht nach Monaten, dagegen faulte dasselbe Blut, wenn es mit nicht desinficirten Gegenständen: Schwamm, Wasser, Haut in Berührung gekommen war. — Blut, welches bei Typhus recurrens, Typhus abdominalis, Variola entzogen wurde, blieb ebenfalls von Fäulniss frei. Es ergiebt sich aus diesen Versuchen, dass sich in dem Blute dieser Kranken keine Fäulnissbacterien befanden; die Spirillen in dem aufbewahrten Blute von Recurrens waren nicht mehr nachzuweisen. — Verf. knüpft noch eine Reihe weiterer Schlüsse an diese Versuche. (Als durchaus unzutreffend muss Ref. es bezeichnen, wenn L. unter Anderem die Behauptung aufstellt, es stehe dahin, ob durch die sogenannte Lister'sche Wundbehandlung die sog. accidentellen Wundkrankheiten verhütet würden; »theoretisch, sagt L., scheint in dieser Beziehung die offene, consequent durchgeführte Wundbehandlung vor der Lister'schen den Vorzug zu besitzen, dass hier die Wunde mit undesinficirten Gegenständen noch weniger in Berührung zu kommen braucht, als bei jener«. Verf. würde sicher solche Sätze nicht aufstellen, wenn er sich mit dem Wesen der Lister'schen Wundbehandlung u. s. w. auch nur einigermassen bekannt gemacht hätte. Ref.)

Maas (Breslau).

Fr. W. Clemens. Zur Behandlung der Diphtheritis.

(Medicin. Neuigkeiten f. prakt. Aerzte 1874. No. 51, p. 401—402.)

Bei der Unzuverlässigkeit der bisher gebräuchlichen Heilmethoden bei Diphtheritis lenkt der Verfasser die Aufmerksamkeit auf das Brom und empfiehlt die innere Anwendung des Kalium bromatum (je nach dem Alter des Patienten 2—4 Gramm in 80—100 Gramm Aqu. destill. mit 20—30 Gramm Syrup) mit Chlorwasser (50 Gramm) in der Weise, dass man zweistündlich einen Esslöffel Brom-Kaliumlösung in einem Glas abmessen, einen Theelöffel Chlorwasser zusetzen und nach geschehener Mischung sofort einnehmen lässt.

Das Chlor bewirkt eine Ausscheidung des Brom in einem äusserst fein zertheilten Zustande, ein kleiner Ueberschuss von Chlor bleibt zur Verhinderung einer Rückbildung in Bromwasserstoffsäure noch übrig. Das Brom verbindet sich weiter im Organismus wieder mit alkalischer Basis, freies Brom wurde nicht im Urin gefunden, während das Bromkalium sehr rasch dahin gelangt.

Verfasser betont die enorm zerstörende Wirkung des Brom auf die Schmarotzerbildungen bei Diphtheritis; binnen 24—48 Stunden tritt eine Abstossung der diphtheritischen Massen ein, während selbst bei den zartesten Kindern keinerlei Nachtheil bei der angegebenen Behandlungsweise zu constatiren ist. Dem Verfasser steht eine reiche Casuistik mit eclatanten Heilresultaten zur Seite, und ist auch Referent in der Lage, aus eigenen Beobachtungen in einer Reihe von theilweise sehr intensiven Erkrankungen an Rachendiphtheritis die höchst überraschenden Erfolge der angegebenen Behandlungsweise bestätigen zu können.

Referent glaubt auch die äussere Anwendung von Bromkalium und Chlorwasser nach der angedeuteten Mischung zu weiterer Prüfung bezüglich der Wundbehandlung empfehlen zu müssen, da er in mehreren Fällen (worunter 1 Fall mit diphtheritischem Wundbelag nach einer Nekrosenoperation an der Tibia und 1 Fall von ausgedehnter Hautgangrän am Oberschenkel), nach der mehrmaligen örtlichen Anwendung genannter Mittel ausgezeichneten Erfolg und rasche Heilung gesehen hat. **M. Wahl** (Essen).

W. Petters. Ueber Lymphorrhagie.

(Prager Vierteljahrschrift f. d. prakt. Heilkunde. Bd. 125.)

Nach einer Uebersicht über die einschlägige Literatur folgt die Mittheilung eines Falles von Lymphorrhagie, der durch den Sectionsbefund besonders beachtenswerth wird. Das Leiden bestand, bei der nun 23jährigen Frau seit $3^1/_2$ Jahren, die Ausflussstelle war die linke grosse Schamlippe. Ein Jahr nach Beginn der Erkrankung abortirte Pat. im 3. Monate, und machte danach eine Peritonitis durch. Während der Schwangerschaft sistirte die Lymphorrhagie, auch später zu-

weilen, selbst für mehrere Wochen. Bei der Untersuchung fand man das linke, mässig vergrösserte Labium an seiner äusseren Fläche mit zahlreichen, hirse- bis wickenkorngrossen derben Knötchen besetzt, während am inneren Blatte nur vereinzelte solche Knötchen sassen.

Einige dieser Knötchen hatten in der Mitte eine grubige Vertiefung; nirgends sah man die Epidermis zu Blasen erhoben, wie in einzelnen derartigen Fällen beobachtet wurde. Der Lymphausfluss erfolgte aus den beschriebenen Knötchen.

Der linke Oberschenkel war dicker, als der rechte, in der linken Leistenbeuge fanden sich haselnuss- bis kastaniengrosse Lymphdrüsen. In 18 Tagen wurden 1225 Grm. Lymphe gesammelt, welche stets ein grösseres lockeres Gerinnsel von blassröthlicher Farbe absetzte, rothe Blutkörperchen, zahlreiche Lymphkörperchen und Fett enthielt; das specifische Gewicht betrug 1,019. (Die chemische Analyse s. im Orig.) Plötzlich trat Fieber auf, das linke Labium, die Drüsentumoren und der linke Oberschenkel schwollen etwas an, die bedeckende Haut wurde streifig und fleckig roth, unter dem Poupart'schen Bande konnte man in der Tiefe neue Drüsentumoren und fingerdicke, dieselben verbindende Stränge abtasten. Dabei sistirte der Ausfluss von Lymphe vollkommen. Am 5. Tage dieser Affection traten die Erscheinungen einer allgemeinen Peritonitis auf, welcher die Kranke binnen 3 Tagen erlag. Man fand bei der Section allgemeine Peritonitis, wahrscheinlich angeregt durch alte Eiteransammlungen in einer Tube und in einem Ovarium. Die Drüsentumoren in der linken Leistengegend boten folgenden Befund: die grösste der Drüsen ist »eine umfangreiche Geschwulstmasse, welche in der Richtung der Inguinalfalte 7 $^1/_2$ Cm. und 4 $^1/_2$ Cm. in senkrechter Richtung misst. Nach oben hin unterscheidet man auf dem Durchschnitt eine 1 $^1/_2$ Cm. breite Rindenschicht, bestehend aus homogener, derber, graurother Masse; innerhalb dieser Schicht befinden sich nur wenige 1—3 Cm. weite glattwandige Höhlungen, die mit einander zum Theil anastomosiren. Ungefähr in der Mitte reicht eine solche Höhlung bis an die Fläche der Rindensubstanz. Die Innenfläche der Rinde wird von einem Kranze glattwandiger Höhlungen umgeben, die vielfach mit einander communiciren und einen Durchmesser von 5—10 Mm. haben; gegen den Hylus gehen sie in gewundene Canäle über, welche die Blutgefässe begleiten«. Eine zweite etwas kleinere Drüse bot einen ähnlichen Befund. In den Hohlräumen war eine dünne, leicht röthliche Flüssigkeit nebst leichten Faserstoffgerinnseln enthalten. Oberhalb dieser Drüsentumoren fand man ein lockeres cavernöses Gewebe mit ähnlichem Inhalte, welches sich nach oben unter das Poupart'sche Band, theils die grossen Gefässe entlang, theils in die Tiefe des kleinen Beckens erstreckte. Die Lymphgefässe liessen sich bis zum Zwerchfell in abnehmender Weite verfolgen, der ductus thoracicus war von normaler Weite.

Gersuny (Wien).

E. Klebs. Ueber Lymphangiektasie.

(Prager Vierteljahrschrift f. d. pract. Heilkunde. Bd. 125.)

Der Artikel ist ein Nachtrag zu der von Petters gegebenen Beschreibung (s. d. vorhergehende Referat), theilweise eine Berichtigung derselben.

K. beschreibt die Knötchen am Labium als flache Blasen, ohne Beziehung zu Talgdrüsen und Haarbälgen. Diese Blasen senkten sich mit einem spitz zulaufenden Fortsatz in die Cutis ein und K. konnte zuweilen den Uebergang dieser Fortsätze in rosenkranzartig erweiterte Lymphgefässe sehen. Diese Blasen waren überall, auch an dem Theil der im Epithel lag, von einer dünnen Lage Bindegewebe umschlossen und von Endothel ausgekleidet. K. hält dieselben für die erweiterten Anfänge von Lymphgefässen in Papillen. Das Ausfliessen der Lymphe erfolgte theils unter Ruptur der Epidermis, theils sickerte die Lymphe zwischen den Epidermiszellen durch, wie man bei mikroskopischer Untersuchung aus den Gerinnseln schliessen konnte. Die erweiterten Blut- und Lymphgefässe des Labiums lagen zwischen den breiten, sehnigen und sich kreuzenden Bindegewebsbündeln, aus denen dasselbe vorzugsweise bestand; jedes Gefäss war von einem sehr zellen- und saftreichen Gewebe unmittelbar begrenzt.

Die kleineren Blutgefässe konnte man oft innerhalb der Lymphbahnen verlaufen sehen, gleicherweise auch Capillaren in den oberflächlich gelegenen Ampullen. In den Lymphampullen findet K. »das Vorkommen von rundlichen oder ovalen, oft sehr grossen Micrococcenhaufen zu erwähnen, welche, indem sie meist einzelne oder mehrere helle bläschenförmige Kerne, sowie abgeblasste rothe Blutkörperchen umschliessen, das Ansehen sogenannter Riesenzellen darbieten«.

Eine ähnliche Erweiterung, wie in der Schamlippe boten die Lymphgefässe im linken Ovarium (das von kleinen käsigen Herden durchsetzt war); die grossen Lymphstämme der Lendengegend, des kleinen Beckens und des Oberschenkels enthielten zahlreiche Bacterien. Die Wandungen dieser Gefässe hatten oft sehr reichlich glatte Muskelfasern, besonders an den am meisten erweiterten Stellen, und zwar verliefen die Fasern in der ziemlich dicken äusseren Schicht quer, in der dünneren inneren Schicht waren sie schräg gestellt und bündelförmig angeordnet.

Nach K. ging der ganze Process vom linken Labium aus, in welchem durch einen chronisch entzündlichen Zustand die Bindegewebsstränge die Lumina der mit ihnen eng verbundenen Lymphgefässe auseinanderzerrten, wodurch der Lymphzufluss aus den gleichfalls erweiterten Blutgefässen vermehrt und der Seitendruck innerhalb der Lymphgefässe erhöht wurde; dieser erhöhte Seitendruck wäre als Ursache der progressiven Erweiterung der Lymphbahnen zu betrachten. Eine frühzeitige Exstirpation des primären Erkrankungsherdes

würde somit Heilung gebracht haben. Die tödtliche Peritonitis leitet K. nicht von den alten Eiterherden sondern von Bakterieneinwanderung ab. Gersuny (Wien).

A. Rauber. Ueber die Cohaesion der Knochen.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1874. No. 56. p. 881—883.)

Verf. hat bei Untersuchung der Entwicklung der Krümmungen der Wirbelsäule gefunden, dass die schöne innere Architectur der Knochen nicht durch ein auf dem Knochen lastendes Gewicht (auch bei Knochenfischen findet sich eine gesetzmässige innere Architectur der Spongiosa) formirt wird, sondern, dass die Wirkung der Muskulatur hierbei eine hervorragende Rolle zu spielen scheint. In Anknüpfung hieran hat nun Verf. Untersuchungen über »die rückwirkende Festigkeit der Knochen, d. h. über die Grösse der Kraft, welche nöthig ist, um Knochen zu zerdrücken«, gemacht und zwar an frischen Menschen- und Ochsenknochen. Er bediente sich dazu eines »Druckhebels«, mit dem man leicht bis auf 1000 Kilogr. belasten konnte. Die bemerkenswerthen Resultate, die übrigens bald auch anderen Orts veröffentlicht werden sollen, wolle man im Original nachsehen. A. Bidder (Mannheim).

Th. Jagetho. Zur Reproduction der Knochen nach subperiostaler Resection.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1874. Bd. IV. Hft. 5 u. 6.)

Nach einer kurzen Darstellung der von Duhamel, Heine und besonders der von Ollier angestellten Versuche über die Regeneration der Knochen vom Periost aus, beschreibt Verf. 3 Präparate, die von Hueter nach subperiostaler Resection an Menschen gewonnen wurden. 2 Präparate sind vom Fusse, eines von einem theilweise regenerirten Calcaneus, das andere zeigt ziemlich vollkommene Regeneration des unteren Endes der Tibia und des Calcaneus, das dritte endlich ist ein sehr vollkommenes neugebildetes Ellenbogengelenk nach subperiostaler Resection, das dem betr. Individuum seit 2 Jahren bei schwerer Arbeit vollkommen genügt hatte. Es war ein Winkelgelenk, bei welchem das obere Ende der Vorderarmknochen zwischen den neugebildeten, nach unten vorspringenden Condylen des Humerus lag und mit ihnen in ähnlicher Weise articulirte, wie der Talus mit den Unterschenkelknochen; das Olekranon war rudimentär geblieben.
Gersuny (Wien).

Zenker. Ueber tödtliche Pancreasblutung.

(Vortrag, gehalten auf der 47. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Breslau. Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1874. No. 41.)

Verf. theilt 3 Fälle von tödtlicher Pancreasblutung mit und ist der Ansicht, dass dieselben nicht so selten vorkommen, als es nach

den bisherigen Mittheilungen darüber (Klebs) der Fall zu sein scheint. In allen 3 Fällen handelte es sich um Männer, die sich, abgesehen von gewissen, aber nicht unmittelbar gefahrdrohenden Krankheitszuständen, vollkommen gesund befanden. Der Tod erfolgte ganz plötzlich und in allen 3 Fällen fand sich das Pancreas fettig degenerirt. Die Blutung war relativ gering: die Oberbauchgegend war blutig gefärbt, das Duodenum mit blutigem Schleim erfüllt und das Pancreas in seiner ganzen Ausdehnung intensiv hämorrhagisch infiltrirt.

Der Eintritt des Todes ist nach Z. nicht durch einen tödtlichen Blutverlust veranlasst, — letzterer war ja verschwindend gering — sondern durch die bekannten Nerveneinwirkungen, wie beim Shoc (Fischer, Goltz) bedingt. In der That glichen die Sectionsbefunde auf das Frappanteste jenen, welche man nach dem Goltz'schen Klopfversuche beobachtet: schlaffes, blutleeres Herz, starke Blutüberfüllung der Unterleibsorgane, auffallende venöse Hyperämie im plexus solaris. **Tillmanns** (Leipzig).

M. Laptschinski. Blutkörperchenzählungen bei einem Recurrenskranken.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1875. No. 3.)

Verf. suchte im Blute eines an Recurrens erkrankten, sonst kräftigen jungen Mannes nach den Obermeier'schen Spirillen. Er fand sie nicht, wohl aber die, wahrscheinlich aus der Milz herstammenden, bereits von Ponfick beschriebenen grossen Körnchenzellen. Zugleich fiel ihm die starke Vermehrung der weissen Blutkörperchen auf. Täglich angestellte Zählungen zeigten nun, dass mit jedem Fieberanfall die Zahl derselben so stieg, dass einmal sogar nur 37,5 rothe Blutkörperchen auf 1 weisses kamen. Mit dem Fieberabfall nahm auch die Zahl der weissen Blutkörperchen wieder ab, und das Verhältniss der rothen zu den weissen stellte sich z. B. am 6. Tage wie 174:1.

Während der Remissionszeit schwinden die Körnchenzellen auch allmälig, um bei erneutem Fieberanfall sogleich wieder aufzutreten, wobei gleichzeitig die Milz starke Schwellung zeigt. Verf. glaubt, dass bei jedem Fieberanfalle der Inhalt der Milz sich in die Blutmasse entleere, und ist der Ansicht, dass die Spirillen keine Beziehung zur Aetiologie der Febris recurrens hätten, weil sie sich nicht immer im Recurrensblute fänden. **A. Bidder** (Mannheim).

H. A. Stern. Drei Lammbluttransfusionen bei Phthisikern.

Inaug. Diss. Halle.

Die sehr lesenswerthe Arbeit enthält vor allem die Geschichte dreier, von Hasse in Nordhausen ausgefürter, von St. äusserst sorgfältig und vorurtheilsfrei beobachteter directer Lammbluttransfusionen

bei Phthisikern. Alle 3 Patienten sind inzwischen den Fortschritten ihres Leidens erlegen. Das Resultat, welches St. ziehen kann, ist: die durch Lammbluttransfusion bei Phthisikern erzielten Erfolge beschränken sich im Wesentlichen auf nichts, als auf eine zeitweise Herabsetzung des hektischen Fiebers. Deshalb berechtigt uns ein so minimaler Erfolg nicht, die Lammbluttransfusion als ein wirksames Mittel gegen Phthisis anzuerkennen, oder sie weiter als antiphthisisches Mittel anzuwenden. **Ranke** (Halle).

Richardson. Forms of disease included under the term: purpura haemorrhagica.

(Med. tim. and gaz. 1874. Novbr. 28. p. 597.)

In dem vor der Med. soc. gehaltenen Vortrage versucht R. den symptomatischen Sammelnamen auf 3 anatomisch verschiedene pathologische Zustände zurückzuführen:

1) Aqueous purpura: Vermehrung der wässerigen Blutbestandtheile, künstlich hervorzurufen durch grosse Wassermengen in die Peritonealhöhle injicirt. Die erbliche Bluterdiathese fällt z. B. unter diese Klasse.

2) Saline purpura: Zunahme der salzigen Blutbestandtheile. Scorbut soll dieser Klasse angehören.

3) Vascular purpura: eine meist bei kleinen Kindern mit irgend einer Skeletdeformität bei gesundem Blute auftretende, ungefährliche Erkrankung der Capillaren.

Einiges Zeitinteresse gewinnt die Abhandlung durch Mittheilung einer genauen Krankengeschichte, welche zur Erklärung der sog. Stigmatisation herangezogen wird (cf. Original). **Ranke** (Halle).

D. L. Griffini. Due casi di lichen sifilitico.

(Gazzetta delle cliniche Torino 1874. Dec. 8.)

Nachdem schon Bizzozero und Köster Tuberkelknötchen in syphilitischen Geschwüren nachgewiesen hatten, fand G. deren in zwei Fällen von Lichen syph. lenticularis. Die Knötchen lagen im Corium unmittelbar unter der Epidermis und hatten alle Charaktere von Tuberkeln. Einer von den 2 Fällen ist seit 2 Jahren durch Antisyphilitica vollkommen geheilt. Es ist dies somit ein Fall von geheilter Hauttuberkulose (!) **Menzel** (Triest).

Kleinere Mittheilungen.

Hulke. Nearly fatal poisoning by chloral hydrate. Clin. society, 27. Nov. 1874.

(Med. tim. and gaz. 1874. Dec. 12. p. 672.)

Ein 23jähriges Mädchen hatte 4 Unzen Chloralsyrup genommen; Puls unfühlbar, Athmung künstlich unterhalten; Auspumpen des Magens nach Wasser-

injection, sodann Einpumpung eines starken Kaffees. In 40 Minuten kehrten Sprache und Bewusstsein zurück. **Ranke** (Halle).

E. Dubois. Contribution à l'usage de la teinture d'Jode (Masque des femmes enceintes. Céphalématome).

(Gaz. hebdom. 1874. No. 45.)

D. hat mit Erfolg das Bepinseln mit Jodtinctur bei grossen Schwangerschaftsflecken an Stirne und Wangen mehrerer Frauen angewendet. In wenigen Tagen schuppt sich die Epidermis ab und die normale weisse Haut erscheint wieder.

Ein taubeneigrosses Cephalämatom bei einem mit der Zange extrahirtem Kinde, von knochenhartem Wall umgeben, verschwand unter täglichem Bepinseln mit Jodtinctur in Zeit von 18 Tagen. **Fr. Steiner** (Wien).

E. Haffter. Ueber Dermoide.

Inaug.-Diss. Basel 1874.

In der Schiess'schen Klinik in Basel wurde von dem linken Auge einer 42jährigen Frau ein angeborenes Dermoid, als Wulst der Conjunctiva am äusseren Rande der Cornea sich darstellend, abgetragen. Eine ähnliche Geschwulst der anderen Seite blieb unoperirt. Das Mikroskop wies Cutis mit Papillen, Talgdrüsen, Haare nach; die Deutung einer Stelle als Schweissdrüse blieb unsicher.

Im Anschluss daran werden 9 Ovarialdermoide sowie eine Dermoidcyste unter der Bauchwand und dem Netze gelegen, aus der Leipziger Sammlung, genau beschrieben. Die einzelnen Befunde, z. B. die Bildung embryonaler Milchdrüsen in einem Dermoide des Ovariums, müssen im Original verglichen werden. Verf. schliesst sich für die subcutanen Dermoide der Remak'schen, für Ovarialdermoide der Klebs'schen Theorie der Genese dieser Geschwülste an.

Ranke (Halle).

Hirschberg. Ein Fall von Hornhauttumor nebst multiplen Hautgeschwülsten von gleicher Structur (Fibroma lipomatodes). Mit 3 Abbildungen.

(Arch. f. Augen- und Ohrenheilkunde 1. Bd. 5, Abth. 1. No. 4. Wiesbaden. C. W. Kreidels Verlag.)

Bei einem Manne von 30 Jahren bestehen seit dem 8. Jahre an der Körperoberfläche in symmetrischer Vertheilung und mit Vorliebe für Stellen, an denen sich zwei Hautplatten häufig berühren oder die Haut bei Bewegungen oft gespannt wird, verschiedene, hervorragende, braun pigmentirte Geschwülste, die an Zahl und Ausdehnung allmälig zugenommen haben. Dieselben zeigen theilweise Spuren auf Parenchymschrumpfung beruhender spontaner Rückbildung in centralen weisslich narbigen Stellen, auf denen die Haarentwicklung nicht gelitten hat. Sie sitzen sämmtlich in der Cutis, sind mit dieser gegen die Unterlage frei verschieblich und variiren in der Grösse von einigen Millimetern bis zu 9 Cm. Sie sind von Virchow (dessen Archiv, Bd. 52. 1871) als Xanthelasma multiplex oder Fibroma lipomatodes beschrieben.

An demselben Patienten wurde vor 10 Jahren eine Neubildung der rechten Cornea bemerkt und 1865 zum ersten Male von v. Graefe abgetragen. Dabei zeigte sich auch auf der linken Hornhaut der erste Beginn gelblicher Trübungen, deren Zunahme bei der Entfernung eines rechtsseitigen Recidivs 1867 zu constatiren war. Ein rasch entstandenes neues Recidiv rechts präsentirte sich im April 1874 als eine die Gegend der Cornea einnehmende, wallnussgrosse, höckrige rein gelbe Geschwulst; das Auge war ohne Sehvermögen. Links scheint der Zustand sich seit 7 Jahren wenig verändert zu haben. Es wurde der rechte Bulbus nach Spaltung des Canthus externus enucleirt. Die mikroskopische Untersuchung des

Tumor ergiebt für diesen die Characteristica des Xanthelasma trotz der makroskopischen Differenz der Cutis- und der Corneal-Neoplasie.

Fränkel (Chemnitz).

Barwell. Two cases of reflected irritation. Clinic. society of London.

(Med. tim. and gaz. 1874. Nov. 28. p. 617.)

1) Einseitiger traumatischer Trismus, beobachtet an einem 15jährigen Knaben mit einer Hautwunde an der linken Kopfseite. Am 15. Tage konnte P. den Mund nicht öffnen, der linke Mundwinkel war auf- und rückwärtsgezogen, der Masseter und Temporalis fest contrahirt. Mit der Heilung der Wunde verschwanden allmälig die Symptome, die während des Schlafes überhaupt cessirt hatten.

2) Schwere Epilepsie, durch Excision eines Neuroms geheilt. Pat. ein 60jähr. Invalide hatte vor 28 Jahren einen Arm verloren, zwei Jahr später begann die Epilepsie. Druck auf ein Neurom des Stumpfes rief die Anfälle hervor. Am 7. August wurde die Geschwulst, ein echtes Stumpfneurom, ergiebig exstirpirt, und seit dieser Zeit cessirten die Anfälle. Beobachtung geht bis zum 24. Oct.

Ranke (Halle).

Mignot. De la position declive comme moyen adjuvant de l'extraction des corps étrangers de l'oesophage.

(Gaz. hebdom. 1874. No. 44.)

Im Jahre 1872 wurde ein 3jähriges Mädchen zu M. gebracht, welches ein Paar Stunden zuvor ein Zweisoustück verschluckt hatte. M. konnte mit dem Finger den Fremdkörper tief unten im Schlunde, im oberen Theile der Speiseröhre fühlen. Nach verschiedenen vergeblichen Versuchen liess nun M. den Kopf des Kindes nach abwärts geneigt halten, während dessen Beine sich auf die Schultern eines kräftigen, dem Operateur gegenüber sitzenden Gehülfen stützten. Durch diese Lage, hoffte M., würde das Geldstück der Tendenz zum Herabsinken in den Pharynx folgen, während es zuvor nach dem Magen hin gravitirte. Der Erfolg war gut. Sogleich fühlte M. das Geldstück über dem Zungengrunde, und konnte es mit Finger und Spatel auf eine seiner Flächen wenden und herausziehen. Geringe Blutung. Heilung.

M. bemerkt schliesslich, dass diese Methode, welche wohl nur bei glatten Fremdkörpern erfolgreich sein dürfte, schon vor ihm, wie er später erfuhr, von Aronssohn in einem ähnlichen Falle mit Erfolg angewendet worden war.

Fr. Steiner (Wien).

Beck. Bulbous nerves in arm-stump.

(University college hospital.)

(Med. tim. and gaz. 1875. Jan. 2. p. 8.)

Vor 6 Jahren war der aus phthisischer Familie stammenden, z. Z. 26jährigen Patientin zunächst das rechte Ellenbogengelenk resecirt, später der Arm amputirt Seit einiger Zeit Contractur der Schulterheber, Reflexkrämpfe bei Berührung des Stumpfes; einem Nerven entsprechend ein sehr schmerzhafter Knoten fühlbar. Bei der Operation zeigen sich alle Nervenenden knotig geschwollen; gleiche Verdickungen zeigten sich im weiteren Verlaufe mehrerer der Nerven. Trotz der Entfernung derselben besteht der Zustand nach der Heilung unverändert fort. Mikroskopische Untersuchung der Tumoren fehlt. Ranke (Halle).

Humby. Scrofulous ulceration of the bladder running an unusual course (Clinic. society.)

(Med. tim. and gaz. 1874. Decbr. 12. p. 673.)

P., ein 9jähriges Mädchen, litt längere Zeit an Reizbarkeit der Blase, der ammoniakalische Urin enthielt Eiter. Bildung eines Abscesses unterhalb des Nabels, der nach reichlichem Eiterabgang durch den Darm sich verkleinerte, später dann und wann tympanitisch klang, zuletzt doch noch nach aussen aufbrach, und

bis zum Tode des Kindes wässrige Flüssigkeit entleerte. Die Section wies käsige Geschwüre der Blase nach; eine Eiterhöhle vorn communicirt mit derselben und mit der Bauchöffnung; an der andern Seite der Blase führte eine Perforation ins Rectum. **Ranke** (Halle).

Démarquay. De l'algidité chez les hernieux.

(Séance de la soc. de chir. du 28. Oct. 1874.)

D. spricht über das Entstehen des Status algidus bei Patienten mit eingeklemmten Hernien. Er fand bei diesen die Temperatur bald erhöht, bald herabgesetzt. Das Sinken der Temperatur finde statt, wenn die Einklemmung an den oberen Partieen des Dünndarmes statt habe, es seien zahlreiche Nerven hierbei mit comprimirt. Experimente, welche D. darüber an Hunden anstellte, sprachen auch für diese Entstehungsursache des Status algidus.

Verneuil schiebt die Herabsetzung der Temperatur insbesondere auf den congestiven Zustand der Eingeweide, vor Allen der Lungen. Auch er experimentirte und es zeigte sich hierbei, dass die Einklemmung der Gedärme an verschiedenen Stellen keine erhebliche Temperaturveränderung bewirkte. Doch erkennt er der Einklemmung der Gedärme einen gewissen Einfluss an der Temperaturherabsetzung zu; die Gesetze hierfür seien aber unbekannt. Er erwähnt einen Fall, wo ein Mann mit heftigen Leibschmerzen, Stulverhaltung und Erbrechen in's Spita aufgenommen, eine Temperatur von nur 35,4 C. zeigte. Er starb am folgenden Tage. Die Section wies eine Einschnürung des ganzen S romanum durch den Rand des Mesenteriums nach.

D. erwidert, die Incarceration des ganzen S romanum komme in Rücksicht auf die mit comprimirten Nerven der Einklemmung einer einzelnen Stelle des Dünndarmes gleich, daher die Temperaturerniedrigung im Falle von V., wo ein tiefergelegenes Darmstück incarcerirt war.

Trélat. Polypes muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales.

(Ibid.)

Tr. macht auf polypöse Tumoren in der Nasenrachenhöhle aufmerksam, welche, dem äusseren Ansehen nach, zuweilen auch dem erfahrenen Chirurgen als fibröse Polypen erscheinen, dabei aber Schleimpolypen sind, welche sich von den ersteren sowohl klinisch, als prognostisch sehr unterscheiden. Sie können sehr roth, derb sein, aber es fehlen die Blutungen, die Erstickungsanfälle und die Dysphagie. Die Exstirpation ist leicht und Recidive treten nicht ein. In ähnlichen zweifelhaften Fällen möge man daher nicht gleich zu zwecklosen Voroperationen greifen.

Duplay bemerkt, dass ihm in einem ähnlichen Falle das gleichzeitige Vorhandensein von Schleimpolypen in der Nase zur sicheren Diagnose geholfen habe. Fälle, wie der von Gosselin, wo neben einem wahren fibrösen Nasenrachenpolypen ein Schleimpolyp in der Nase vorhanden war, seien äusserst selten.

Tillaux. Présentation d'un instrument.

(Ibid.)

T. zeigt ein von Colin construirtes Instrument für Rectovaginalfisteln. Die eine Branche der durch Druck auf beide Branchen sich öffnenden Zange, trägt vorne eine längliche, innen schwach concave und mit Horn bekleidete Platte, welche in's Rectum eingeführt wird; an der anderen Branche, welche in die Vagina eingeführt wird, ist diese Platte gefenstert. Der Gebrauch dieses Instrumentes, welches nebenbei das unblutige Abtragen der Fistelränder ermöglicht, ergiebt sich hieraus von selbst. **Fr. Steiner** (in Wien).

Annandale. On the treatment of organic stricture of the urethra.

(Med. tim. and. gaz. 1874. Decbr. 12. p. 653.)

Nichts neues ausser der Empfehlung metallener Instrumente zur allmäligen Dilatation einfacher Stricturen. Die Neigung zu Schüttelfrösten nach Einführung von Instrumenten in die Urethra will er durch prophylaktische Verabreichung von Chinin erfolgreich bekämpft haben. **Ranke** (Halle).

W. Draper. On intra-uterine injections in hemorrhage.

(The med. Examiner 1874. No. 18.)

D. giebt ein Resumé seiner während 7 Jahren gemachten Erfahrungen bezüglich der styptischen intrauterinen Injectionen bei Hämorrhagieen. D. lobt besonders das Eisenchlorid, welches er auch bei Hämorrhagieen post partum mit Erfolg in die Uterushöhle injicirte. D. sah niemals irgend einen Nachtheil. Ausser Eisenchlorid wandte D. an: Acid. tannicum, Matico-Infus und Eiswasser. Es werden 3 Fälle mitgetheilt, in welchen die Injectionen mit gutem Erfolg gemacht wurden.

I. Fall. Im 8. Monat der Schwangerschaft beträchtliche Hämorrhagie. Keine placenta praevia, Kopflage des Foetus. Da die Hämorrhagie sehr beträchtlich, so wird unter sorgfältiger Vermeidung der Eihäute ein elastischer Katheter in den Uterus geführt und etwa 2 Unzen eines starken Matico-Infus injicirt. — Tamponade der Vagina. Innerlich Reizmittel. — Am folgenden Morgen Tampon entfernt; geringe Blutung. 2. Injection. Tampon. Blutung kehrte nicht wieder. Einige Tage später ein lebendes Kind geboren. —

II. Fall. Hämorrhagie post partum nach Expulsion der Placenta. Mit Hülfe eines elastischen Katheters in die Uterushöhle mehrere Unzen Eiswasser injicirt. Uterus contrahirt sich, Hämorrhagie sofort gestillt. —

III. Fall. Retroversio uteri. Profuse Menstruation. Injection von etwa 2 Unzen Eisenchlorid (1:10 Wasser). Vollständiger Erfolg, kein Nachtheil. Menstruation regelmässig, von normaler Stärke, schmerzlos. Hodge'sches Pessarium. Die Hämorrhagie kehrte später 1 oder 2 Mal wieder, als Patientin das Pessarium ablegte. **Tillmanns** (Leipzig).

Dr. M. Arthur. A cornu removed from the forehead.

(Transactions of the Chicago society of physicians and surgeons.

The med. Examiner 1874. No. 16.)

Das Horn stammte von der Stirn einer sonst vollkommen gesunden 53jährigen Frau. 3 Jahre vorher hatte ein anderer Operateur an derselben Stelle eine »Cyste« entfernt und in dieser Operationsnarbe entwickelte sich allmälig das Hauthorn. In der Occipital- und Parietalgegend fanden sich ebenfalls 6—7 knotenartige Auswüchse, die von A. exstirpirt wurden. — Auch Dr. Lyman entfernte ein $1\frac{1}{4}$ Zoll langes Horn von der Mitte der Unterlippe.

Tillmanns (Leipzig).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 9. **Sonnabend, den 27. Februar.** **1875.**

Bergmann. Die Resultate der Gelenkresectionen im Kriege.

(Mit 20 Tafeln Albertotypie und einer lithographischen Tafel. St. Petersburg. **C. Ricker.** 1874.)

Verf. während des Krieges Vorstand der Lazarethe »Seilerbahn« in Mannheim und der »Friedrichsbaracken« in Karlsruhe, berichtet über die in denselben theils selbständig ausgeführten, theils nach der Operation durch Andere in Nachbehandlung genommenen Resectionen des Ellenbogens, der Schulter und des Fusses mit möglichst genauer Angabe der Schlussresultate.

Resectionen des Ellenbogengelenks 9 Fälle.

Alle in der Secundärperiode, 3 Mal partiell, 6 Mal total ausgeführt. 2 tödtliche Ausgänge durch Pyaemie.

Vollkommene Gebrauchsfähigkeit bei activ möglicher Beweglichkeit des Gelenks (incl. Pro- und Supination) und ausreichender Ge-

schicklichkeit der Finger nur 2 Mal erzielt. Schlottergelenk bei mässig guter Function der Finger einmal. In den vier übrigen Fällen Ankylose, zweimal im stumpfen, zweimal im rechten Winkel bei nur in 2 Fällen zu ermittelnder, mässig guter Beweglichkeit der Finger.

Resectionen im Humero-Scapulargelenk.

13 Mal in der Secundärperiode ausgeführt. 3 Todesfälle. 1 Heilung nach Exarticulatio humeri.

Die antipyretische und antiphlogistische Wirkung des Eingriffes blieb in der Regel aus, wohl deshalb, weil bei einer ungewöhnlich grossen Zahl auch der am Leben Gebliebenen schwere suppurative Periostitiden des übrig gelassenen Humerusschaftes sich entwickelten. Doch ist es zu dem sogenannten lähmungsartigen Zustand des Armes dennoch nur einmal gekommen, während die anderen Male die volle Kraft der Hand und der Bewegungen im Ellenbogengelenk wieder gewonnen wurde, selbst da wo ein passives Schlottergelenk sich gebildet hatte oder noch lange Fisteln bestanden. Die Rettung der Finger und der Hand scheint hiernach in der Macht des Arztes und dem Willen des sich übenden Patienten zu liegen.

Nur einmal wurde die active Beweglichkeit in der Schulter nach allen Seiten wiedergewonnen, active Beweglichkeit in der Richtung von vorn nach hinten in weiteren Excursionen erhielt sich viermal, die active Abductionsbewegung zweimal.

Das obere Humerusende articulirte einmal in einer aus Verwachsung des Acromions mit Processus coracoideus entstandenen Pfanne zu deren Bildung auch Reste des Collum scapulae mithalfen. In den meisten anderen Fällen war dagegen das obere Humerusende gegen die Thoraxwand luxirt.

Die gewonnenen Knochenpräparate zeigten zweimal Schussrinnen ohne Splitterung. In einer derselben befand sich noch die offenbar mit ihrer Längseite eingedrungene Kugel. An den übrigen Präparaten fehlte die Bestätigung des Satzes, dass Schüsse unterhalb des collum chirurgicum und durch dasselbe immer mit erheblicher Splitterung in den Schaft hinein verbunden sind. Auffallen musste dabei die verhältnissmässig grosse Zahl (4) der fast vollständigen Absprengungen des Kopfes.

Resectionen des Fussgelenkes.

11 Fälle, 8 Mal total, 3 Mal partiell (Talus und Mall. ext.; Malleol. ext., Tibia); meist secundär, einmal am fünften Tage nach der Verletzung ausgeführt. Ein Todesfall am 4. Tage nach der Resection an Septhaemie, ein anderer sehr spät, 1 Jahr nach der Verletzung an Erschöpfung.

Der Wundverlauf war fünfmal ein ungestört günstiger, einmal kam die Heilung erst im 6. Monat nach Abstossung nekrotischer Splitter zu Stande. Die übrigen Fälle gaben den Beweis, dass auch bei Kriegsresectionen des Fussgelenks Eitersenkungen und Caries

der Fusswurzel das Endresultat verzögern können. Fisteln restirten im 5., 8., 9. Monat, einmal noch im zweiten Jahre und zwangen in einem Falle, als mehr wie 1 Jahr nach der Resection bereits verflossen war, zur Amputation.

Bei fast allen Operirten sind ungünstige Stellungen der Füsse zu Stande gekommen, einmal nämlich eine geringe Plantarflexion, die andern Male daneben noch eine leichte Varusstellung. Doch wird zugegeben, dass dieser Misserfolg allein von der Art der Nachbehandlung abhing.

Mit einer Ausnahme, bei der freilich nur mässige Excursionen möglich sind, erfolgte jedesmal totale Ankylose des Gelenks. — Die der Schrift beigegebenen Tafeln sind klar und instructiv.

Wilh. Koch (Berlin).

O. Kappeler. Chirurgische Beobachtungen aus dem Thurgauischen Cantonsspital Münsterlingen während der Jahre 1865—1870.

1874. gr. 8⁰. VI. u. 322 S. Mit Plänen und 8 Stereoskopbildern. Frauenfeld, J. Huber's Buchhdlg.

In vorliegendem Werke hat Verf., dirigirender Arzt genannten Krankenhauses, das ganze chirurgische Beobachtungsmaterial aus einem 6jährigen Zeitraume nach den von ihm geführten Krankengeschichten mit grossem Fleisse gesammelt, geordnet und bearbeitet, wobei er in der Anordnung des Stoffs und in der Aufstellung der zahlreichen statistischen Tabellen genau dem Beispiele gefolgt ist, das ihm in der »chirurgischen Klinik, Zürich 1860—1867« seines Lehrers Billroth gegeben war. Ist nun auch das thurgauische, »nicht klinische« Cantonsspital, aus dem vorliegendes Werk stammt, nicht so reich an chirurgischem Material, wie das grössere »klinische« Krankenhaus des Cantons Zürich, und hat Verf. auch das Werk zunächst nur »zu eigener Belehrung« und als Berichterstattung an seine vaterländischen Collegen verfasst, so dürfte doch der immerhin bedeutende Umfang der hier niedergelegten chirurgischen Erfahrungen und die sorgfältige statistische Bearbeitung auch ein weiteres Interesse beanspruchen, zumal in der Schweiz, welche durch die genannten beiden Werke von Billroth und Verf. die erste, breite Grundlage zu einer wissenschaftlich verwerthbaren Landesstatistik der chirurgischen Krankheiten erhält. — Nach einer ausführlichen Schilderung des Krankenhauses, seiner Einrichtung, Direction und Verwaltung giebt Verf. erst eine allgemeine Statistik aller von ihm in genanntem Zeitraum beobachteten Krankheiten und reiht dann daran die specielle Bearbeitung der chirurgischen Krankheiten der einzelnen Körpertheile, wobei durch ausführliche Wiedergabe seltener und interessanter Fälle die Casuistik eine wesentliche Bereicherung erhält. Wie Billroth, so hat auch Verf. sich die Mühe genommen, dem Schicksal der aus dem Spital Entlassenen noch Jahre lang nachzugehen und wir erhalten dadurch

über manche noch schwebende Fragen befriedigenderen Aufschluss, als es ohnedies möglich gewesen wäre; so über die Endresultate verschiedener Operationen, die Recidivität und Mortalität von Geschwülsten, das Verhältniss von Scrophulose und Tuberkulose zu einander, die Aetiologie und den Ausgang von Caries und der verschiedenen chronischen Gelenkkrankheiten. Anhangsweise folgt noch eine Abhandlung über Reverdin's Hauttransplantationen, welche Verf., bei einem ziemlich reichlichen Material von Beingeschwüren zu mehreren Tausenden in den letzten Jahren gemacht hat. Eine statistische Zusammenstellung der chronischen Gelenkentzündungen, der Amputationen und Resectionen, mit öfterem Hinweis auf die entsprechenden Kapitel von Billroth's bekanntem Werke, bildet den Schluss der Arbeit.

Krönlein (Berlin).

Ph. C. Sappey. Le système lymphatique.

(Leçons recueillies par Guignard. — Mouvement médical 1875. No. 1.)

In einigen Vorlesungen vor seinen Hörern in der med. Facultät bespricht der bekannte Pariser Anatom seine Ansichten über Ursprung der Lymphgefässe und deren Beziehung zu den Blutgefässen. Wir halten die Mittheilung dieser Ansichten für werth, weil sie den in letzter Zeit am meisten verbreiteten Anschauungen über den Gegenstand fast vollständig entgegenlaufen. Da es sich aber um einen gleichsam extemporirten Vortrag und nicht um ein in sich geschlossenes Opus handelt, begeben wir uns von vornherein einer jeden Kritik.

Verf. meint zunächst, dass keine der Methoden, die man bisher beim Studium der Lymphgefässe in Anwendung gebracht hat, dass weder die Untersuchungen von Mascagni, noch diejenigen von Fohmann, Panizza und Lauth, noch endlich v. Recklinghausen's Arbeiten eine wahre Vorstellung von dem Ursprung der Lymphgefässe ergeben haben. Er führt hierauf ein viertes, neues und von ihm herstammendes Verfahren an, welches weder auf Injection der Gefässlumina, noch auf Deutlichmachung der Gefässwand beruht, sondern auf der Tinction der Lymphe selbst. Dieselbe wird gleichzeitig zur Gerinnung gebracht und schliesst die in den Lymphwegen enthaltenen zelligen Gebilde mit ein. — Eine nähere Beschreibung dieser »méthode rigoureusement scientifique« wird nicht gegeben. — Es entspringen nach S. die Lymphcapillaren aus einem feinmaschigen Netz engster Canäle (capillicules), die mit verschieden grossen, meist sternförmigen Hohlräumen (lacunes) communiciren. Durch die feinsten Canälchen treten diese Lacunen einestheils mit einander in mannigfache Verbindung, anderntheils entspringen aus ihnen die Lymphcapillaren dadurch, dass die Lacunen sich in Längszügen anordnen, immer schmäler und mehr ausgezogen und endlich sogar walzenförmig werden. In den Capillicules und den Lacunen sind kernige Gebilde in sehr regelmässig linearen Zügen angeordnet (!) enthalten, nach Verf. die Kerne der künftigen Lymphzellen, wie sie

sich dann in reicher Menge in den Lymphcapillaren angehäuft finden. S. sieht die Lymphcapillaren als die Brutstätte der Lymphzellen an; er meint gesehen zu haben, wo der Kern noch Kern ist, und wo er sich zur Zelle umwandelt. Die Lymphcapillaren vereinigen sich zu den centralen Stämmchen der Hautpapillen sowohl, wie der Schleimhautzotten, die darin einander völlig gleichen sollen. Die centralen Stämmchen aber treten an der Basis der Papillen, resp. Zotten zu einem reichen Netz von grösseren, sich vielfach durchkreuzenden Zweigen und Aesten zusammen. In diese münden auch die kleineren Lymphgefässe, die von den Talg- und den Schweissdrüsen und von den Haarfollikeln kommen. Das Netz der grösseren Lymphcanäle nimmt blos das oberste Drittel des Corium ein, in den tieferen Schichten erblickt man nur einzelne von den Schweissdrüsen kommende Stämmchen. Für das subcutane Bindegewebe läugnet S. die Anwesenheit der Lymphgefässe. Dasselbe sei völlig unabhängig von dem Lymphgefässsystem. Organe, die sehr reich an Lymphgefässen sind, wie der Hoden und die Lymphdrüsen, die Leber, die Milz, der Uterus zeigen wenig Bindegewebe. Die solitären Lymphfollikel sollen letzteres gar nicht enthalten. — Die Lymphgefässnetze stehen durch die »canalicules« in directer Communication mit den Blutgefässcapillaren. Während so einmal der Lymphstrom durch die Venen in den Blutstrom mündet, stehe anderntheils das Blutplasma in directem Wechselverkehr mit der Lymphe durch jene feinsten Wurzeln der Lymphcapillaren. Die Beweise des Verf.'s beruhen auf anatomischen Präparaten, wo er die centralen Blutgefässstämmchen der Papillen von einem Netz feinster Gefässchen umsponnen fand, welche letztere sich in die Blutcapillaren einsenkten und an deren Wand man deutlich die stachelförmigen Fortsätze wahrnehmen konnte. Durch Injection geringer Mengen von carminsaurem Ammoniak lässt sich nach S. Obiges gut demonstriren. Die physiologischen Beweise aus der angeblichen Identität der Lymphe und des Blutplasma, sowie aus der angeblich gleichen Geschwindigkeit des Lymph- und des venösen Blutstromes, sind gewiss wenig überzeugend. Weiterhin führt Verf. Fälle an, wo bei chronischer Dilatation der Lymphwege (Elephantiasis scroti, Lymphvaricen am Bein einer Frau) als auch bei entzündlicher Erweiterung derselben (Lymphangitis am Scrotum) sich Blutkörperchen in der Lymphe und Lymphgefässen nachweisen liessen, ohne die Thatsache zu verwerthen, dass beim Abzapfen grösserer Mengen von Lymphe bei Thieren nach einiger Zeit dieselbe blutig zu werden pflegt. Die chirurgisch interessantesten Befunde des Verf.'s für den postulirten directen Uebertritt rother Blutkörperchen aus den Blutcapillaren in die Lymphwege, sind diejenigen, wo er bei in Eiterung übergehender Sehnenscheidenentzündung nach einem tiefen Panaritium am Finger, ferner bei Beingeschwüren und drittens bei Erysipel den Zustand der Lymphgefässe der Haut untersuchte: starke Erweiterung der centralen Lymphstämme in den Papillen; diese Stämmchen ausgestopft mit rothen Blutkörperchen, fast kein Plasma, spärliche weisse

Zellen, vielleicht eine auf 300—400 rothe Blutscheiben. Die Lymphcapillaren deutlich in ihrem Durchmesser vergrössert. Die Zahl der »capillicules« anscheinend vermindert, da viele derselben zu Lacunen erweitert erscheinen und so sehr auffällige weite Plexus von Hohlräumen darstellen. — Weiterhin äussert Verf. seine Ideen über die Schicksale der nach ihm in den Lymphcapillaren geborenen Lymphzellen. Er lässt sie in die Lungencapillaren gelangen, wo sie ihr »Hämatosin« erhalten und zu farbigen Zellen werden, um später in den Blutcapillaren ihre Functionen zu verrichten und — unterzugehen. — Wie dem Bindegewebe, so spricht S. auch dem Centralnervensystem, den synovialen und serösen Häuten und den Knochen jede engere Beziehung zu den Lymphgefässen, speciell zu den Lymphgefässwurzeln ab. Die perivasculären Lymphscheiden sind nach Verf. specielle Hüllen der Gebilde, aber keine Lymphgefässe. — Die subserösen Lymphgefässnetze werden auf ihren unmittelbaren Zusammenhang mit den Lymphgefässen der von der Serosa bekleideten Organe, und nicht auf eine Communication mit dem Inhalt der serösen Höhlen zurückgeführt. — Die Stomata läugnet S. auf Grund dessen, dass bei vollständigster Injection z. B. der Lymphgefässnetze des Diaphragma kein Tropfen Flüssigkeit an die Oberfläche des letzteren gelangte.

Lesser (Berlin).

Berens. Animal ligatures.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 145. p. 708 ff.)

Die von Haynes über diesen Gegenstand veröffentlichten Resultate (cf. Centralblatt 1874, No. 22) sind nach B. nicht unanfechtbar, weil:

1) verschiedenes Material an dasselbe Gefäss, zur selben Zeit und sehr nahe an einander gelegt wurde, weil

2) tiefliegende Gefässe gewählt wurden, die ohne erhebliche Insultirung der Gewebe nicht erreicht werden können und weil.

3) die zu den Experimenten benutzten Katzen sehr zur Eiterung neigen.

B. verwendete bei seinen Versuchen: genau nach Lister zubereitetes Catgut, uncarbolisirten Darm, Peritoneum, das in Streifen geschnitten und gedreht wurde, getrocknete Rindersehnen, endlich Seide.

Dieses Material wurde theils in der Form von Sétons oder Knoten unter die Haut gebracht, theils als Ligatur verwendet.

Am meisten reizte die Gewebe die Seide; sie führte ausnahmslos profuse Eiterung herbei. Ihr folgte carbolisirter Darm und dann Peritoneum. Während letzteres so lange Reizungserscheinungen geringen Grades bedingt, als es in der Wunde verweilt, unterhält carbolisirter Darm dieselben nur durch etwa 4 Tage. Fast keine Ver-

änderungen der Nachbarschaft bedingen einfacher Darm und die Sehne.

In Bezug auf die Absorptionsfähigkeit steht an der Spitze einfacher Darm, ihm folgt carbolisirter, dann Peritoneum, endlich die Sehne. Der einfache Darm ist durchschnittlich in 11 Tagen, die Sehne in 16 Tagen resorbirt.

Aus dem oben angeführten Material bereitete und unter die Haut gebrachte Knoten reizten am meisten, wenn sie aus Seide bestanden; weniger intensiv wirkten carbolisirtes Catgut und Peritoneum; einfacher Darm schien am wenigsten zu schaden.

Die Experimente mit directer Unterbindung der Gefässe ergaben, dass Seide und Peritoneum eine relativ starke und langdauernde Schwellung und Eiterung erzeugen. Nicht viel davon unterscheidet sich caraboliairter Darm. Erheblich weniger reizen einfacher Darm und Sehne die Nachbarschaft. Alle Versuche sprechen zu Gunsten des einfachen Darmes und der Sehne.

Von diesen beiden wird schnell aufgesogen und reizt sehr wenig der Darm; doch umfasst er die Gefässe nur unsicher, auch wenn er dick geknotet wird. Die Sehne dagegen kann in ausserordentlich dünnen Fäden mit vollkommener Sicherheit verwendet werden und möchte auch, wenn sie infolge ihrer geringeren Absorbirbarkeit länger in der Wunde liegen bleiben muss, kaum schaden, da auch sie nur wenig irritirt. In ihr wäre, nach B., das vorzüglichste Unterbindungsmaterial zu suchen. **Wilh. Koch** (Berlin).

L. Lesser. Ueber die Anpassung der Gefässe an grosse Blutmengen.

(Aus dem physiologischen Institute zu Leipzig. Berichte der math.-phys. Classe der königl. sächs. Gesellschaft der Wissenschaften. Sitzung vom 8. August 1874.)

L. discutirt in der ersten, grösseren Hälfte dieser Arbeit die Frage, ob sich am lebenden Thier aus der Färbekraft die Blutmenge bestimmen lässt, wenn sie durch die Transfusion bedeutend vermehrt ist und berichtet danach:

I. Ueber das Befinden der Thiere nach einer bedeutenden Vermehrung des Blutgehaltes.

Aus mehreren mit defibrinirtem und ganzem Blut angestellten Versuchen lässt sich die Behauptung rechtfertigen, dass Hunde, denen zum mindesten noch einmal so viel Blut beigebracht wurde, als sie ursprünglich besitzen, ohne bemerkbare Zeichen gestörter Gesundheit fortzuleben vermögen.

II. Ueber den Druck in den grossen Venen nach der Transfusion, wobei es sich mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit herausgestellt hat, dass durch den bedeutenden Zuwachs der Blutmenge die

natürlichen Verhältnisse, welche in den Venenstämmen zwischen Zu- und Abfluss bestehen, nicht geändert worden seien. —

III. Ueber Aderlässe an normalen und überfüllten Thieren.

1. Ueber den Gefässraum, welcher nach der Verblutung normaler und überfüllter Thiere zurückbleibt. —

Die Resultate der tödlichen Verblutung normaler Thiere entsprachen denjenigen, welche frühere Autoren gefunden hatten. Die Spannung des Gefässinhalts wurde = 0, nachdem 4,5—6 % des Körpergewichts an Blut entleert worden waren.

Bei der tödlichen Verblutung blutüberfüllter Thiere war dagegen das ausgeblutete Volum etwa nur gerade so gross, in keinem Falle grösser als dasjenige, welches vor der Transfusion zu erwarten gewesen wäre. Und doch hätte man annehmen sollen, dass hier die Aderlassmenge ausser dem 4—6 % betragenden Verlust des normalen Thieres noch ein Plus ergeben hätte, als Antheil von dem durch Transfusion zugefügten Blutquantum. Die gleichzeitige Tetanisirung des Rückenmarks mit deutlicher Steigerung des Blutdrucks bewies aber, dass die Ursache für die geringe Menge des ausgestossenen Blutes jedenfalls nicht in einer mangelhaften Zusammenziehung der Gefässwandungen su suchen sei. —

2. Ueber die Geschwindigkeit, mit welcher das Aderlassblut hervorströmt, suchte sich L. mit Hülfe der von Tappeiner und Slavjanski bereits benutzten Vorrichtungen Auskunft zu verschaffen und zwar an Thieren, welche zunächst einfach verblutet, dann einer Transfusion ganzen Blutes, dann einer zweiten Verblutung, dann wieder einer Transfusion defibrinirten Blutes, endlich einer dritten und tödlichen Verblutung unterworfen wurden. Diese 3 Versuchsarten lieferten bei gleichzeitiger Messung des Carotidendrucks folgendermassen zu deutende Curven. Die Geschwindigkeit, mit welcher die Entleerung erfolgt, ist in den ersten 20 Secunden bei der Normalblutung grösser, als bei den folgenden, obwohl der Füllungsgrad der Gefässe vor den beiden letzten Blutungen bedeutend grösser war; sie ist dagegen jenseits der ersten 20 Secunden in den beiden letzten Blutungen die grössere. Im Ganzen entleerten sich aber dann die Gefässe nach Einspritzung defibrinirten Blutes weniger rasch, als nach vorheriger Transfusion nicht defibrinirten (ganzen) Blutes. Möglicherweise kommen hier die Form- und Glätteänderungen in Frage, welche die rothen Blutkörperchen beim Defibriniren des Blutes zu erleiden pflegen.

Wilh. Koch (Berlin).

E. Boeckel (Strassburg i/E.). De la réunion immédiate et du mode de pansement des plaies.

(Gazette médicale de Strasbourg 1874. No. 12.)

Verf. hat in den zwei vergangenen Jahren verschiedene Methoden der Wundbehandlung bei seinen Operirten angewendet. Der Guérin'sche occlusive Watteverband, die offene Wundbehandlung und

der bisher gebräuchliche einfache Wundverband wurden hauptsächlich verglichen; des Lister'schen antiseptischen Verfahrens hat sich B. bisher zu wenig bedient, um sich darüber aussprechen zu können. Die 2jährige Erfahrung (ca. 50 grössere Amputationen und Exarticulationen und 14 Resectionen wurden während dieser Zeit in der Spitalabtheilung des Verf.'s gemacht) haben B. zu der Ansicht gebracht, dass der Guérin'sche Verband auf die Mortalität, wenigstens unter günstigeren Spitalverhältnissen, keinen wesentlichen Einfluss übt, dass er jedoch sehr empfehlenswerth ist, und zwar, weil die Patienten sich dabei subjectiv weit am besten befinden; die Schmerzen der ersten täglichen Verbände werden vermieden und die Kranken auch viel früher transportfähig, was namentlich für den Krieg von hoher Bedeutung erscheint. Oefters verlangten die Patienten selbst vor der auszuführenden Amputation, wie ihre Nachbarn, welche sich in ihrem dicken Watteverband so wohl befanden, behandelt zu werden. B. lässt jedoch den Verband nicht so lange liegen, wie Guérin es angiebt, sondern nimmt ihn gewöhnlich nach ca. 10 Tagen ab; von diesem Augenblick an ist die Behandlung der schön granulirenden Wunde die übliche.

Die offene Wundbehandlung will Verf. für gewisse Fälle gelten lassen, indem er hervorhebt, dass Sédillot sie schon vor mehr als 20 Jahren, hauptsächlich für die Oberschenkelamputationen mit vorderem Lappen, empfohlen und angewendet habe.

In Bezug auf Nähte soll man sehr vorsichtig sein. Sie dürfen nach B. nur da angelegt werden, wo eine absolute Indication zur prima intentio vorhanden ist, also bei plastischen und ähnlichen Operationen und dann in gewissen Gegenden, wo die Heilung per primam erfahrungsmässig sehr leicht zu erzielen ist, wie im Gesicht, am Hals, an den Geschlechtstheilen, an den vorderen Bauchwandungen. — An der behaarten Kopfhaut, bei queren und schiefen Wunden der Gliedmassen und ganz besonders nach Exstirpatio mammae sollen sie meist schädlich sein, hauptsächlich in letzterem Falle das Auftreten von Erysipelas begünstigen.

Girard (Strassburg i/E.)

A. Hiller (Berlin), Der erysipelatöse Entzündungsprocess. Eine kritisch-pathologische Studie.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 48 u. 49.)

Verf. stellt die Thatsache voran, dass die Rose so wenig zur Eiterung tendire, trotzdem nach moderner Anschauung jede reguläre Entzündung mit Auswanderung farbloser Zellen einhergehe. Kritisch polemisirt er gegen die Autoren, welche bei Erysipel, wie bei anderen infectiösen Krankheiten, eine parasitäre Genese annehmen; besonders wird Lukomsky (cfr. Virch. Archiv Bd. 60, Hft. 3 u. 4) ad absurdum geführt. H. erwähnt darauf seine und Anderer Experimente, welche die Schädlichkeit der Bacterien immer mehr in Frage stellen

und betont die chemische Natur des Erysipelasgiftes. Die Wirkungsweise des letzteren stellt er nach seinen Untersuchungen folgendermassen dar: Aufgenommen und in den Kreislauf durch die centripetalen Bahnen geführt, wirkt es örtlich phlogogen, allgemein pyrogen. Histologisch charakterisirt sich seine Wirkung im Blut durch vermehrte Auflösung der rothen Blutkörperchen, sowie durch eine Nekrose oder Nekrobiose der farblosen Zellen (Körnung), wo erstere, als höhere Steigerung, besonders in loco infectionis (wegen der hier stärkeren Concentration des Giftes), letztere dagegen vorzugsweise im circulirenden Blute wahrgenommen wird. Zugleich wird die Contractilität und amöboide Bewegung der weissen Zellen abgeschwächt, resp. vernichtet, daher die Unfähigkeit der Auswanderung, der Mangel der Eiterung. — Aus seinen Beobachtungen erklärt H. ebenfalls die klinischen Symptome des Krankheitsbildes, das sich 1) durch infectiösen, resp. septischen Charakter, 2) superficielle Ausbreitung im befallenen Organ, 3) durch meist fehlende Tendenz zur Eiterung kennzeichnet. Ausser der Haut, welche am meisten davon befallen wird, nimmt Verf. auch erysipelatöse Erkrankung anderer Organe (Uterus, Vagina, Pharynx) an.

v. Mosengeil (Bonn).

C. André. Beitrag zur Lehre von der Entstehung der Geschwulstmetastasen auf embolischem Wege.

(Virch. Archiv 1874. Bd. LXI. Hft. 3. p. 383.)

A. vermochte in einem ausführlich mitgetheilten Falle die embolische Entstehung von Geschwulstmetastasen durch Krankengeschichte, Section und genaue mikroskopische Untersuchung nachzuweisen. Ein Rundzellensarcom, wahrscheinlich in der Gegend der incisura ischiadica major entstanden, breitete sich anfangs in den benachbarten Geweben aus, drang dann in die vena iliaca ein und so in die Blutbahnen. Losgerissene Zellenhaufen wurden durch die vena mesenterica inf. in die Leber, durch das rechte Herz in die Lungen geführt, um dort in den Arterien eingekeilt, ein selbständiges Leben zu beginnen. Nie gab das mikroskopische Bild den Anschein, als sei durch blosse Infection der Zellen der verschiedenen Organe ein Anstoss gegeben, sich in Sarcomzellen umzubilden; vielmehr zeigten dieselben überall regressive Veränderungen. Die Geschwulstembolieen wurden durch von den vasa vasorum abstammende Gefässe ernährt. Die Wandungen der verstopften Gefässe gingen bei weiterem Wachsen der Geschwulst entweder durch Verfettung zu Grunde, oder sie dehnten sich vor den andrängenden Zellenmassen aus und blieb von ihnen nur eine dünne Lage Spindeln übrig. Die Lungenvenen vermittelten weitere Uebertragung von Geschwulstpartikeln in den grossen Kreislauf zu Milz und Nieren.

Madelung (Bonn).

Th. Escher. Ueber die Exstirpation des Mundbodencarcinoms.

Inaug.-Diss. Zürich. 1874. 80 S.

Verf. giebt eine Zusammenstellung von 11 in der Literatur beschriebenen Fällen dieser Operation, zu welchen noch 3 von Rose in Zürich operirte und bisher noch nicht beschriebene Fälle kommen. In 6 Fällen (Adelmann, Jäger, v. Langenbeck, v. Bruns, Rose 2) wurde gleichzeitig ein Theil des miterkrankten Unterkiefers resecirt, in 8 Fällen (Billroth 2, Böckel, Rizzoli 2, Adam, Rosander, Rose) dagegen eine partielle Zungenexstirpation mit der Operation verbunden. In letztern Fällen, in welchen der Knochen des Unterkiefers intact war, geschah die Operation mit Ausnahme des Falles von Adam, der das Carcinom direct vom Munde aus exstirpirte, immer mit Benutzung einer der bekannten Voroperationen. So trennte in einem Falle Rizzoli den Unterkiefer in der Mittellinie (Sédillot); Billroth und Böckel machten die temporäre Resection des Unterkiefers (Billroth), Rizzoli spaltete die Wange (Jaeger und Heyfelder), Rosander legte die Zungenligatur von der regio suprahyoidea aus an (Cloquet) und machte sich Billroth Mundhöhlenboden und Zunge durch den ⊤-Schnitt in der regio suprahyoidea zugänglich (Regnoli). Auch Rose exstirpirte in seinem Falle ein Carcinom der rechten Zungenhälfte und des angrenzenden Mundhöhlenbodens von der regio suprahyoidea aus, indem er von einem seitlich und dem untern Rande der rechten Unterkieferhälfte annähernd parallel angelegten Hautschnitte aus gegen den Boden der Mundhöhle vordrang, denselben hart am Kiefer vermittelst des Ecraseurs durchtrennte und durch die dadurch erhaltene Oeffnung von unten 2 Ecraseure einführte, deren Ketten die erkrankten Theile der Zunge und des Bodens der Mundhöhle umfassten und trennten. Der später geheilte, und noch nach $2^1/_2$ Jahren ohne Recidiv gebliebene Fall soll ausserdem noch dadurch ausgezeichnet gewesen sein, dass abnormer Weise art. lingualis und art. maxillar externa mit einem gemeinsamen Stamme aus der carotis extern. entsprangen, welcher bei der Schnittoperation blossgelegt wurde, und unterbunden werden musste. — Obiger Operationsplan (der an das von Mirault, de Morgan und Nunneley geübte Verfahren erinnert, Ref.), wird als eigene »Rose'sche Methode« beschrieben. **Krönlein** (Berlin).

S. Soborow. Die Electrolyse bei Behandlung der Hodentumoren.

(Moskauer medicin. Bote 1874. No. 2.)

Verf. brachte die Electrolyse in 40 Fällen chronischer Orchitis in Anwendung und erzielte dabei gute und schnelle Resultate; die entzündliche Geschwulst der Hoden verminderte sich schnell und ver-

schwand in einigen Fällen nach 3—4 Sitzungen. Die nach Orchitis blenorrhoica zurückbleibenden Verhärtungen der Epididymis wurden durch die Electrolyse rasch beseitigt. In 4 Fällen acuter Orchitis erreichte Verf. bei dieser Behandlung baldige Verminderung der Geschwulst und der Schmerzen; in keinem Falle wurde Steigerung der entzündlichen Symptome wahrgenommen. Fälle, in denen die electrolytische Behandlung ganz ohne Einfluss auf die Erkrankung blieb, oder sogar eine allmälige Zunahme der Geschwulst bedingte, betrafen stets, wie die spätere mikroskopische Untersuchung der castrirten Hoden ergab, Carcinoma testis, Sarcoma testis u. s. f., so dass die Electrolyse auch als diagnostisches Mittel bei Hodentumoren zu verwerthen wäre. **W. Grube** (Charkow).

Bérenger-Féraud. De l'innocuité des ponctions du foie avec le trocart aspirateur.

(Bulletin général de thérapeutique Vol. LXXXVII. No. 11.)

Probepunctionen der Leber sind ebenso ungefährlich als diejenigen, welche so häufig bei anderen Organen ausgeführt werden.

Verf. selbst hat in 11 Fällen 5—15 Cm. tief in die Lebersubstanz bei Verdacht auf Abscess erfolglos eingestochen, ohne dass sich die geringste Reaction darnach zeigte.

Er citirt mehrere identische Erfahrungen von de Castro und Velpeau.

Ja diese Punctionen scheinen bei zwei Patienten fast eher günstig gewirkt zu haben; der Aspirator hatte ca. 100 Kbcm. Blut herausbefördert und, Zufall oder nicht, die Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Leber schwanden auffallend rasch auf diese echt localen Blutentziehungen. **Girard** (Strassburg i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

N. Stukowenkoff. Behandlung des Erysipelas mit Carbolsäureinjectionen.

(Moskauer medicin. Bote 1874. No. 1—2.)

St. brachte die Behandlung des Erysipels mittelst Carbolsäureinjectionen im Moskauer Militär-Hospitale in 16 Fällen in Anwendung. Die Fälle betrafen: 12 — das Gesicht, 1 — den behaarten Kopftheil, 1 — den Hals, 1 — die obere und 1 — die untere Extremität. Die Behandlung wurde am 2.—4. Tage der Erkrankung angefangen. Der frühere oder spätere Anfang der Behandlung hatte keinen merkbaren Einfluss auf die Dauer des Processes, durchschnittlich dauerte er bei allen 8 Tage. Auf Herabsetzung des Fiebers hatten die Injectionen keinen Einfluss; ebenso konnten die Injectionen an der Grenze des Processes sein Weitergreifen nicht verhindern; trotzdem verliefen die einzelnen Fälle günstig. Wo viel Injectionen in die entzündete Stelle gemacht worden waren, konnte St. eine bedeutende Abnahme des Schmerzes und der Röthe constatiren. Eine Verkürzung des Processes und Verminderung des Fiebers kam hauptsächlich in den Fällen vor, wo eine allgemeine Wirkung der Carbolsäure eintrat, — also eine leichte Intoxication; sogar dann, wenn die Injectionen weit entfernt von der betroffenen Stelle vorgenommen worden waren. — **W. Grube** (Charkow).

Edw. Millingen. Le Trachome à Constantinople.

(Gaz. méd. d'Orient 1874. No. 8 p. 122.)

Obige Affection macht etwa 12 % aller Augenerkrankungen in der Türkenhauptstadt aus. Die Verbreitung dieses hochgradig contagiösen Uebels ist bedeutend. Man findet ganze Familien davon betroffen. In den Collegien, Schulen und Waisenhäusern finden sich sehr viel Kinder, die an diesem Augenübel leiden. Nur das Robert's College zu Hissar nimmt eine Ausnahmestellung ein. Die Krankheit, vorwiegend in den niederen Klassen herrschend, wird von dort aus häufig durch Mägde und Ammen in die besser situirten Familien eingeschleppt. — Verf., der selbst über 1000 Fälle von Trachom behandelt hat, unterscheidet etwa folgende Erscheinungsweisen desselben: erster Grad besteht in Bildung einfacher Follikel, die nach längerer oder kürzerer Zeit von selbst verschwinden (?) oder, was viel häufiger ist, sich zu weiter ausgebildeten Formen des Trachom entwickeln. Oefters ist die Follikeleruption von acuter Entzündung der Conjunctiva begleitet (Trachoma acutum), während die chronische Form des Trachom, wobei es zur Bildung von papillären Granulationen kommt, früher oder später zum Entstehen des Narbentrachom Veranlassung giebt. In seltenen Fällen hat M. die amyloide Entartung der Conjunctiva (Stellwag) bei Narbentrachom beobachtet. Häufiger war Trichiasis in 15 % der Fälle von Narbentrachom. Pannus wurde in 36,66 % der Fälle von Trachom mit Bildung von papillären Granulationen und blos in 5,25 % der Fälle von Narbentrachom constatirt. — Das chronische Trachom hatte stets beide Augen ergriffen, während die einfachen Follikel manchmal blos an einem Auge vorkamen (?) Bei Trachoma acutum erkrankten öfters beide Augen nach einander, mit mehrtägiger Zwischenpause. — Unter 1000 Fällen von Trachom sind notirt: 370 Weiber und 630 Männer. Am häufigsten wurde das Alter von 15—35 Jahren afficirt. Doch fanden sich unter den Pat. auch Kinder von 6—8 Monaten, und auch Greise. In einer Tabelle vertheilt M. seine Fälle, wie folgt: 28 einfache Follikel, 24 Follikel mit Trachoma acutum, 298 Trachoma chronicum mit papill. Granulationen, 647 Narbentrachome, 3 Fälle von Deg. amyl. conjunct. — Als Complicationen werden angeführt 145 Mal Pannus, 144 Mal Kerat. superf., 70 Mal Kerat. prof. — 94 Mal Trichiasis, 6 Mal Pterygium, 14 Mal Blenorrhoe des Thränensacks. — 30 Mal ging das Sehvermögen ganz verloren.

Ullersperger (München).

J. S. Fernandez. Pustula maligna.

(El Anfiteatro anatomico español 1874. No. 35. p. 134.)

In der Provinz Toledo soll nach F. obige Affection an den Augenlidern sehr häufig vorkommen und wird ihre Ursache vom Verf. auf den Stich eines giftigen Insectes zurückgeführt, welches der Lidschlag und die Augenfeuchtigkeit zur Bevorzugung gerade dieser Körperpartie veranlassen mag. Eine frühzeitige und energische Anwendung der Caustica hat auch hier und vor Allen das ferrum candens die besten Resultate geliefert. Misslich ist die Entstehung des Ektropium, welches sich aber bei spontaner Nekrose der Gewebe unangenehmer zu gestalten pflegt, als wenn man frühzeitig cauterisirt und dann sofort, unbekümmert um das nach der Aetzung auftretende Oedem der Umgebung, einen leicht drückenden Occlusionsverband anlegt. Das einmal vorhandene Ektropium ist nur durch eine kunstgerechte Plastik zu beseitigen. **Ullersperger** (München).

J. Müller. Beitrag zur Lehre vom Coloboma bulbi.

(Inaug. Diss. Bonn. 1874. 15. Aug.)

Verf. stellt die hauptsächlichsten Momente über betreffendes Thema zusammen, indem er sich besonders auf Liebreich und eine bezügliche Dissertation des Dr. Hugo v. Hoffmann (Bonn 1871) bezieht. Schliesslich theilt er drei Fälle mit, welche auf der Klinik des Prof. Sämisch zur Beobachtung kamen: 1) ein Colobom der Sehnervenscheide ohne Colobom der Iris und Chorioidea, zufällig bei einer Patientin mit Conjunctivitis granulosa entdeckt. 2) ein Fall, welcher nur die

Chorioidea allein betrifft, 3) ein Fall von Brückencolobom (Reste der Membrana pupillaris.) **v. Mosengeil** (Bonn).

Hagen und **Stimmel** (Leipzig). Die Untersuchung des Ohres im polarisirten Lichte.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 48.)

Die Vff. haben Coccius' interessante, auf geistvolle Raisonnements basirte Entdeckung über Wirkung des Polarisationsapparates bei ophthalmoskopischen Untersuchungen benutzt, um bei otoskopischen Versuchen ähnlichen Nutzen für die Untersuchung zu gewinnen, als ihn Coccius für Untersuchung des Auges erzielte. Wie dieser die Hornhautreflexe und Cornealtrübungen zum Verschwinden brachte, viele Glaskörpertrübungen, die Retina und Reflex der macula lutea eliminirte und die Aderhaut deutlicher hervortreten lässt, so verschwindet hier der zarte Glanz, welcher über die ganze Oberfläche des normalen Trommelfelles verbreitet ist, und der sogenannte Lichtkegel, jeder Reflex an anomalen Trommelfellen und von Flüssigkeiten herrührend. Ferner lassen sich durch den Polarisationsspiegel an einem normalen, durchscheinenden Trommelfelle einzelne Abschnitte zum gänzlichen Verschwinden bringen, analog der Netzhaut des Auges. Am leichtesten verschwindet der hintere obere Quadrant, nie ganz der vordere untere. Dichte Trübungen verschwinden nicht, wohl aber leichtere; erstere treten jedoch deutlicher hervor. Dasselbe gilt von Blutextravasaten. Die interessanten Resultate fordern zu weiteren Untersuchungen auf. **v. Mosengeil** (Bonn).

Richet. Intoxication gazeuse à la suite d'une plaie non pénétrante du genou.

(Mouvement médical 1875 No. 1. p. 7.)

Einem 65jähr. herumvagirenden Krämer ging beim Fallen das Rad eines Wagens über das eine Knie hinweg. Er wurde im Hôtel-Dieu aufgenommen, wo R. eine Abreissung der Haut über dem Knie, mit einer 5—6 Cm. langen, aber nicht penetrirenden Wunde, daneben einen geringen Bluterguss in's Gelenk constatirte. — Sand und Kies fanden sich unter der Haut angesammelt. Eine leichte Crepitation wurde wahrgenommen, ohne dass man Lufteintritt von aussen beobachtet hätte. Schmerzen gering. Es wurde eine Gegenöffnung angelegt und eine Drainröhre eingeführt. — Am nächsten Tag bei der Morgenvisite fand man den Pat. in suffocatorischem Zustande, Temp. 39,5° C., das afficirte Bein kalt, durch subcutanes Emphysem enorm aufgetrieben, die Hautdecken von livider Farbe, die Hautvenen stark gefüllt. Auch die Schleimbeutel sind von Luft aufgetrieben, das Emphysem setzt sich auf Gesäss, Rücken und Bauch fort. Aderlass und eine ausgiebige Incision am Bein; letztere lässt eine sehr grosse Menge Gas entweichen. Die Haut obgleich kalt, ist nicht abgestorben, denn die Hautwunde blutete reichlich. Die Muskeln hatten ihre normale Färbung in den oberflächlichen und den tiefen Lagen. Bei Druck auf die Wundenlefzen wurde stinkendes Schwefelwasserstoff haltiges Gas ausgepresst, das die Instrumente unmittelbar schwärzte. Tod 24 Stunden nach der Verletzung. Die 30 Stunden später unternommene Section ergiebt nichts wesentlich Auffälliges. Nur leichte Congestion der Lungenbasis beiderseits. Unterleibsorgane intact. Im Herzen reichliche schwarze Blutgerinnsel. — Die mikroskopische Untersuchung des Leichenblutes ergiebt nur zahlreiche Bacterien und ähnliche lebhaft bewegliche Gebilde; die rothen Blutkörperchen ohne deutliche Veränderungen. Die gewünschte chemische Untersuchung des Blutes fand nicht statt. — **Lesser** (Berlin).

L. P. Ljachowitsch. Ein Fall von Exarticulatio femoris.

(Sitzungsberichte der Kaiserlichen medicin. Gesellschaft zu Wilna. 1874. No. 4. p. 103.)

Verf. berichtet über eine günstig verlaufene Exarticulatio femoris, von ihm wegen Osteomyelitis epiphysaria (Billroth) ausgeführt. Der Fall betraf einen sehr

heruntergekommenen 12jährigen Knaben. Die Operation wurde mit doppelter Lappenbildung — einem vorderen und einem hinteren — ausgeführt; an den Winkeln der vereinigten Wunde blieben Oeffnungen zum freien Abfluss des Eiters. Die Wunde (8" lang) heilte per primam intentionem, so dass Pat. in Zeit von 2 Monaten vollständig hergestellt war.

Anknüpfend an die mitgetheilte Beobachtung bespricht Verf. die Drainage grosser Wunden und erklärt dieselbe für höchst ungenügend, da sie ihren Zweck nicht erreicht, im Gegentheil nur zur Reizung der Wunde beiträgt. Er zieht einfache Oeffnungen für freien Eiterabfluss vor, und will so stets bessere Resultate erzielt haben, als durch die Drainage. Es ist dies der zweite, glücklich von L. operirte Fall von Exarticulatio femoris. Der Mittheilung sind 3 photographische Aufnahmen: die beiden vom Verf. operirten Kranken nach der Operation und den im letzten Falle exarticulirten Oberschenkelknochen darstellend, beigefügt. —

W. **Grube** (Charkow).

Maunoir. Herzwunde, Verletzung der vorderen Kranzgefässe. Tod.

(**Bullet. de la soc. anatom. de Paris 1874, p. 330.**)

Ein 23jähriger Mann brachte sich aus Liebesgram in der Trunkenheit mit einem kleinen Taschenmesser 2 Stiche in der Herzgegend bei; der Tod erfolgte in 2 Stunden. Die penetrirende, im linken vierten Intercostalraum gelegene Wunde hatte die Haut nur auf $^1/_2$ Cm. durchtrennt, das Pericardium gering verletzt, die im Sulc. coron. ant. verlaufenden Gefässe quer durchschnitten und endlich die rechte Ventrikelwand und das Ventrikelseptum durchstochen; diese letzte Verwundung lief in schräger Richtung und gestattete gerade einer mittelstarken Hohlsonde den Durchtritt. Der Herzbeutel enthielt in seiner unteren Hälfte und vorn vor der Herzspitze ein faustgrosses Gerinsel, von dem aus eine gleichmässige, gefensterte zarte Fibrinschicht das ganze Herz umhüllte; der Verlauf und die Art der Ventrikelwunde (und die Form des Gerinsels Ref.) machen es höchst wahrscheinlich, dass die Blutung nur aus den Kranzgefässen erfolgt ist.

Pils (Stettin).

Lorenz (Tangermünde). Penetrirende Bauchwunde mit Vorfall und Verletzung des Dickdarmes.

(**Berl. klinische Wochenschrift 1874. No. 45.**)

Ein Knabe stiess einem anderen ein Messer in den Leib; ein Stück des Colon transversum und Netz viel vor, die art. colica med. spritzte; der Darm war an einer Partie durchschnitten und zwar quer, so dass die Mucosa umgeschlagen nach aussen sah; eine zweite Partie war nur bis zur Mucosa durchschnitten: Beide Wunden wurden genäht und die Fäden kurz abgeschnitten, die Arterie umstochen, Der Vorfall reponirt und die Bauchwunde vereinigt. Eis äusserlich und kaltes Sodawasser nebst Tr. thebaica innerlich. Heilung erfolgte schnell, nur blieb der getrennt gewesene musc. rectus unvereinigt. v. **Mosengeil** (Bonn).

B. Martins. Eventração traumatica. Reducção etc. — Cura.

(**O Correio med. de Lisboa 1874. No. 7 p. 80.**)

In der Sitzung der Sociedade das sciencias medicas zu Lissabon am 19. Decbr. v. J. berichtete M. über folgenden Fall: Ein 12jähriges Mädchen war mit dem Bauch auf eine Wasserflasche gefallen. Durch eine 5—6 Cm. lange Wunde unterhalb des linken Rippenbogens, in welche der M. rect. abdom. quer durchtrennt erschien und wo die Glasstücke auch das Netz verletzt hatten, war ein beträchtlicher Prolaps von dünnen Därmen nebst Colon transversum und der grossen Curvatur des Magens entstanden. Die Eingeweide lagen über die Röcke des Mädchens ausgebreitet. Geringe Blutung. Die Därme congestionirt und mit Blut befleckt, doch nirgends verletzt. Bei den ersten Repositionsversuchen entstand heftiges Erbrechen, welches nur zu Vergrösserung des Prolapses beitrug. Auch in der Chloroformnarkose gelang die Reposition nicht. Im Gegentheil fiel noch die Milz mit vor. Erst nach Anwendung von Morphiuminjectionen und nach capillärer Punction der von Gasen stark aufgetriebenen Därme, gelang es letztere

völlig zurückzubringen. 5 Zapfennähte schlossen die Bauchwunde. Durch dicke Lagen von Baumwolle und eine Binde wurde auf die Umgebung der Wunde dauernd ein gleichmässiger Druck geübt. Die Injection von Morphium wurde wiederholt und öfters Chloral mit Morphium in kleinen Dosen gereicht. Erst am 3. Tage erhielt Pat. etwas Fleischbrühe. Verband und das übrige Regime wie bisher. Am 2. Tage schwanden die Schmerzen im linken Hypochondrium, am 6. Tage war Pat. fieberfrei. Die Nähte wurden erst am 15. Tage durchschnitten. Die Wunde war verheilt, ohne oberflächlich vernarbt zu sein, was jedoch bald eintrat. — 21 Tage nach der Verletzung war Pat. völlig geheilt. — M. hebt diesen günstigen Verlauf bei einfacher Behandlung hervor, gegenüber der strengen Antiphlogose, wie man sie sonst in ähnlichen Fällen anzuwenden pflegte. —

Ullersperger (München).

Chevalier. Plaie pénétrante (?) de l'abdomen par instrument tranchant. — Péritonite traumatique. — Guérison.

(Arch. médicales belges 1874. No. 12.)

Eine Frau hatte durch einen unglücklichen Fall auf ein breites, scharfes Küchenmesser eine etwa 4 Cm. tiefe Bauchwunde in der linken Hälfte des Hypogastrium, 3 Querfinger oberhalb der Leistenbeuge, erlitten. Die ziemlich heftige arterielle Blutung aus der »l'artére sous-cutanée abd.« (ram. abdominales der art. epigastrica inf.?) wurde durch Digitalcompression und Liquor ferri gestillt, die Wundränder mittelst Heftpflasterstreifen vereinigt. — Am 2. Tage Peritonitis, welche nach einer Woche in Genesung endete. In gleicher Frist hatte sich auch die Wunde geschlossen.

Als Ursache dieses günstigen Heilungsverlaufes wird der antiphlogistische Effect des Blutverlustes in Anspruch genommen. **Arn. Hiller** (Berlin).

Maclaren. Anus praeternaturalis, in ihm Hernie, später Invagination.

(British med. Journal 1874 p. 788.)

Vorstehende seltene Beobachtung lieferte eine 74jährige Frau, welche vor 36 Jahren nach der Operation eines eingeklemmten r. Schenkelbruches eine Fäcalfistel zurückbehalten hatte, durch welche 1862 ein durchgetretenes Darmstück eingeklemmt wurde; Dr. Brown reponirte dasselbe; seitdem ging der kleinere Theil der Fäces durch die Fistel ab. Sept. 1874 trat wieder Darm durch dieselbe hervor; M. erkannte eine 4″ lange Invagination des Ileum, dessen äussere Partieen gangränös waren, erweiterte die Fistel, reponirte den gesunden Darm, vereinigte die frische Wunde. Die aussen gelassene gangränöse Partie stiess sich ab; die sehr schwache Frau genas. Doch gehen zur Zeit die Fäces nur durch die Fistel ab. **Pilz** (Stettin).

W. Adams. Incarcerirte Hernie durch Einspritzungen von Oel beseitigt.

(British. med. Journal 1874, p. 809.)

A. berichtet über einen Fall von eingeklemmtem Schenkelbruch bei einem 48jährigen Manne, bei welchem Kavanagh (Deptford), da die Operation verweigert wurde, nachdem schon 3 Tage Kotherbrechen bestanden, eine reichliche Injection von warmem Olivenöl gemischt mit wenig Ricinusöl und Terpentin (auf welche Mischung A. Werth zu legen scheint,?) versuchte. Nach der 3. Injection hob sich die Einklemmung. K. hatte in 3 Fällen von Darmverschluss — einmal bestand derselbe schon 11 Tage — schnell Hülfe durch diese Einspritzungen erzielt. **Pilz** (Stettin).

Berichtigung:

S. 117, Z. 5 v. u. lies Erichsen statt Erichson.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 10. **Sonnabend, den 6. März.** **1875.**

P. Loreta. Di alcuni fenomeni consecutivi alle contusioni dell' addome e della colonna vertebrale.

(Mem. dell' Accad. d. Scienze Bologna Serie III Tomo V.)

Nachdem Verf. einige sehr prägnante Fälle von Shoc, sowohl der torpiden, als der erethischen Form angeführt hat, sucht er die physiologische Erklärung für diese beiden Formen. Nach den Versuchen von Bezold und Davers bestehe der Wundstupor in einer Reflexparalyse der nervi splanchnici, derzufolge sich fast das ganze Blut in den erweiterten Abdominalvenen ansammelt. Auf diese Weise erklärt sich die Blässe der Haut, die Unregelmässigkeit, Kleinheit und das Aussetzen des Pulses, die Hirnanämie, das Erbrechen, die Apathie.

Man kann aber doch nicht ganz dieselbe Ursache annehmen für beide Formen des Shoc, die erethische und die torpide, da ja beide fast entgegengesetzte Symptome darbieten.

L. führt nun aus, wie wir für die Gefässe zwei Nervenarten annehmen müssen, solche, welche die Gefässe activ verengern, und solche, welche die Gefässe zu activer Erweiterung veranlassen. Dafür spricht vor Allem der bekannte Versuch von Cl. Bernard mit der Submaxillardrüse.

Durchschneidet man den betreffenden Zweig des Sympathicus, so erweitern sich die Gefässe der Drüse sehr bedeutend. Dieselbe Erweiterung der Gefässe erreicht man bei intactem Sympathicus, wenn man die Chorda tympani reizt; daraus geht hervor, dass Sympathicus und Chorda tympani antagonistisch wirken. Durchschneidet man Sympathicus und Chorda tympani zugleich, so beobachtet man nur eine ganz geringfügige Gefässerweiterung, welche man als rein passiv ansehen kann. Die anatomischen Untersuchungen sollen es wahrscheinlich machen, dass die in den Gefässwandungen nachweisbaren Ganglienzellen den gefässerweiternden Nerven angehören. L. glaubt nun, dass die beiden Formen des Shoc theils durch eine Paralyse der vasomotorischen Nerven, theils durch einen Reizzustand der gefässerweiternden Nerven sich erklären lasse. (Ref. gesteht, dass der Gegensatz in den Symptomen der beiden Formen ihm durch L's. Hypothese nicht genügend erklärt erscheint. Da sowohl die Paralyse der vasomotorischen Nerven, als auch die Reizung der dilatatorischen Nerven eine Gefässerweiterung zur Folge hat, so könnte durch diese Hypothese wohl ein gradueller Unterschied seine Erklärung finden, nicht aber der Antagonismus in den Symptomen, wie er thatsächlich zwischen der erethischen und torpiden Form des Shoc besteht. Sollte nicht gerade dieser Antagonismus in der Erscheinungsweise, mit Rücksicht auf die gleiche Entstehungsursache, es wahrscheinlicher machen, dass in beiden Formen dieselben (vasomotorischen) Nerven afficirt sind, nur dass sie das eine Mal gereizt, das andre Mal gelähmt sind?) — 2. Die beiden Formen des Shoc unterscheiden sich (ausser den übrigen Symptomen) wesentlich durch den Zustand der Pupille, welche bei der erethischen Form stets erweitert, bei der torpiden Form stets verengert ist. 3 u. 4. Chloroform kann nur in der erethischen Form verabreicht werden. In eben dieser Form und nur in dieser können Operationen vorgenommen werden. 5 u. 6. Contusionen des Thorax und Bauches, Verrenkungen grosser Gelenke, plötzliche und beträchtliche Blutverluste bei zarten schwächlichen Individuen bedingen vorzugsweise die torpide Form des Shoc; während die erethische mehr bei Hoden- und Knochenquetschungen, Stich- und Schnittverletzungen erregbarer Individuen beobachtet wird.

Menzel (Triest).

Verneuil. Des névralgies traumatiques secondaires précoces.

(Archives générales de médecine 1874. No. 11 u. 12.)

Unter obigem Namen bezeichnet V. einen Zustand der bisher nie genau beobachtet, oder wenigstens beschrieben worden ist. —

Es können unter Umständen, einige Tage nach einer stattgehabten Verletzung, mehr oder weniger heftige Schmerzen entstehen, welche sich an der getroffenen Stelle oder deren Umgebung fühlbar machen, selten treten sie an entfernten Theilen auf. — Sie stehen in keinem Verhältniss weder zur Art, noch zur Schwere des Trauma; sie widerstehen hartnäckig den Narcoticis und Antiphlogisticis, während sie dem Chinin ausserordentlich leicht weichen.

Diese Neuralgieen zeigen sich nicht unmittelbar nach der Verletzung, sondern stets nachdem der primitive, der Verletzung sozusagen normal zugehörende Schmerz aufgehört hat, und sind damit nicht zu verwechseln. Sie werden von V. auch als früh secundär bezeichnet, um sie von den bekannten viel später auftretenden Narben- und Amputationsstümpfen-Neuralgieen zu unterscheiden.

Sie treten auf mit einer sehr wechselnden Intensität; bald sind sie unerträglich, bald ziemlich gelinde.

Eine ihrer Haupteigenthümlichkeiten ist ihr intermittirender Charakter; die meist nächtlichen Anfälle dauern 4—5 Stunden und kehren mit einem ziemlich regelmässigen Typus wieder, gewöhnlich täglich, manchmal jeden dritten Tag. Sie beginnen am häufigsten zwischen dem 3. und 4. Tag nach dem Trauma.

Allgemeine Erscheinungen begleiten sie nicht; local beobachtete V. häufig eine bedeutende Hyperästhesie der Wunde und ihrer Umgebung, selbst auf ganz geringe Berührungen. Die Granulationen hatten manchmal ein schmutzig gelbliches Ansehen, oder sie erschienen blutüberfüllt, offenbar in Folge einer Congestion nach der Wunde. Die Aetiologie dieser Wundneuralgieen ist ziemlich dunkel.

Sie scheinen am häufigsten in den Theilen vorzukommen, wo schon aus anderen Ursachen Neuralgieen häufiger sind, so am Kopf, an der Brust, an der unteren Extremität. Die Art der Verletzung hat keinen Einfluss auf ihre Entwicklung. Die Schmerzen zeigten sich nach einfachen und complicirten Fracturen, nach Contusionen, Geschwulstexstirpationen, Amputationen u. s. f.

Local konnte nichts als ursächliches Moment aufgefunden werden. Bei beiden Geschlechtern wurde die Affection gleichmässig angetroffen; bei Kindern hat man diese Complication noch nicht beobachtet. Einige Mal behaupteten die Kranken schon vor der Verletzung Schmerzen in der Gegend gespürt zu haben. Von allgemeinen prädisponirenden Ursachen liessen sich nur in wenigen Fällen Syphilis, Malaria und die (in Frankreich angenommene) rheumatische Dyscrasie nachweisen.

Die Diagnose erleidet keine grossen Schwierigkeiten und lässt sich aus den schon citirten Eigenthümlichkeiten bald stellen.

Wenige Dosen Chinin (0,5—1) sollen gewöhnlich ausreichen, die Schmerzen vollständig zum Verschwinden zu bringen.

Girard (Strassburg).

Felix v. Winiwarter. Der Widerstand der Gefässwände im normalen Zustande und während der Entzündung.

(Aus dem physiologischen Institute der Wiener Universität. Sitzungsberichte der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften 1874. B. LXVIII. 3. Abth.)

v. W. stellte seine Versuche am Mesenterium des Frosches an. Letzteres wurde vorsichtig aus der Bauchwunde hervorgezogen, mehrmals mit Cantharidin bepinselt und dann in die Bauchhöhle zurückgebracht und die Wunde durch die Naht geschlossen. Am nächsten Tage wurde das Thier mit einer langsam erstarrenden Leim-Berlinerblau-Masse injicirt, desgleichen zum Vergleich jedes Mal ein gesundes. Eine andere Reihe von Versuchen wurde in der Weise angestellt, dass die Frösche sich selbst aus einer feinen, in die vena cava eingesetzten Glasröhre die Injectionsmasse in ihre Gefässe hineinpumpten.

Verf. kam zu folgenden Resultaten:

1) Sowohl im normalen, als auch im entzündeten Mesenterium tritt Injections-Masse durch die Gefässwand, jedoch beim entzündeten häufiger und umfangreicher; im normalen Mesenterium des Frosches wird erst bei einem Druck von 70 Mm. Hg der Austritt der Injectionsmasse beobachtet, im entzündeten dagegen schon bei einem Druck von 25 Mm. Hg, obgleich im entzündeten Gewebe die Blutgefässe mit Blutkörperchen vollgestopft sind und dem Eintritt der Injectionsmasse ein grösserer Widerstand entgegensteht.

2) Es ist höchst wahrscheinlich, dass die Gefässwandung selbst durch den Entzündungsprocess eine wesentliche, aber noch unbekannte Veränderung erleidet (Cohnheim), welche den Austritt von Injectionsmasse und von rothen und weissen Blutkörperchen erleichtert.

(Vergl. auch Thiersch, die feineren anatomischen Veränderungen nach Verwundung der Weichtheile. Handbuch der allg. Chirurgie von v. Pitha und Billroth 1. Band 2. Abtheil. p. 550 etc. Ref.).

Tillmanns (Leipzig).

Démarquay et Colin. De l'action des antiseptiques sur les organismes inférieurs.

(Gaz. méd. 1875. No. 3.)

Zu Folge neuerdings angestellter Versuche über die Wirksamkeit der Antiseptica glaubt D. annehmen zu müssen, dass eine zerstörende Einwirkung der antiseptischen Mittel auf die niedern Organismen keineswegs constant sei, beziehungsweise gar nicht existire. D. mischte faulende und von einer Unzahl von Organismen erfüllte, eiweisshaltige Flüssigkeiten mit bestimmten Quantitäten der zu untersuchenden antiseptischen Substanzen. Es machte sich absolut kein Einfluss auf die Organismen bemerkbar (? R). In einer zweiten Reihe von Versuchen setzte D. die betreffende antiseptische Flüssigkeit schon vor Eintritt der Fäulniss zu; die Entwicklung der Organismen

ging mit derselben Intensität vor sich wie unter gewöhnlichen Verhältnissen. Von den verschiedenen angewendeten Stoffen seien die Carbolsäure, der Alkohol, die Eucalyptustinctur, das Tannin und das Terpentin erwähnt. Nur concentrirte Säuren und Alkalien, die zugleich die ernährende Flüssigkeit zerstörten, waren von sofortiger Wirkung begleitet. D. glaubt sonach auch den antiseptischen Verbänden eine besondere Wirksamkeit gegenüber den niedern Organismen absprechen zu können. — Die Colin'schen Versuche bezogen sich nur auf das Jod. Auch diesem von Davaine als das mächtigste Antisepticum (namentlich gegen das Milzbrandgift) hingestellten Körper (cf. Centralblatt f. Chir. 1874 No. 1) soll diese kräftige Wirkung abgehen. Allerdings hat C. seine Controlversuche nur an Kaninchen angestellt und auch das Jod nicht in der von Davaine empfohlenen Weise, nämlich in fortgesetzter, energischer innerlicher und äusserer Zuführung, angewendet. Genaueres bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten. — **O. Volkmann** (Halle).

Hayem. De l'injection des liquides purulents provenant des malades atteints d'érysipèle.

(Société de biologie. Séance du 9. Janv. 1875. Gaz. méd. 1875. No. 4. p. 50.)

Von einem an Gesichtserysipel und eitriger Meningitis verstorbenen Kranken entnahm H. eine Quantität Eiter und injicirte sie einen Tag nach der Obduction unter die Haut eines Meerschweinchens. Die Folgen bestanden in einer anfänglichen circumscripten Entzündung der Umgebung der Einstichsstelle, der sich eine Ansammlung von Eiter und eine erysipelatöse Entzündung der Haut anschlossen. Am 5. Tag erschienen Pusteln mit einem serös-eitrigen von zahlreichen Bacterien erfüllten Inhalt. H. sieht in diesen Erscheinungen nichts Abweichendes von den nach Injection andrer fremdartiger Substanzen auftretenden Entzündungen. Damit stimmen die zahlreichen von Ollier angestellten Versuche überein, der ein einziges Mal bei einem Kaninchen die Entstehung eines rothen Fleckes beobachtete, im übrigen aber nach Injection der verschiedensten putriden Stoffe an den verschiedensten Versuchsthieren nur die Bildung von Abscessen, niemals von Erysipelen beobachtete. —

O. Volkmann (Halle).

Fr. Jakubowits (Nagy-Karoly). Zur Methode der parenchymatösen Injectionen. Neue Behandlung der syphilit. Bubonen.

(Wiener med. Presse 1875. No. 3 und 4.)

Ausgehend von der Idee, dass das Jod das stärkste Resolvens für Drüsengebilde sei, citirt Verf. seine schon 1869 gemachten Erfahrungen über parenchym. Jodinjectionen in hypertrophirte Tonsillen.

J. hält für die Bedingung eines günstigen Erfolges der Injection das Auftreten einer möglichst geringen Reaction; er strebt eine Rückbildung ohne künstliche Entzündung an, blos durch Anregung einer lebhafteren Resorption. Im Jodkali meint er die geeignetste Injectionsflüssigkeit gefunden zu haben wegen seiner nicht irritirenden Wirksamkeit, während es in der resorbirenden Wirkung dem Jod nicht nachsteht. Er wendet immer folgende Lösung an: Jodkali, 15 gran; Tinct. jodin. gutt. 5; Aqu. destill. unciam. Er theilt folg. Krankengeschichten mit: 1) Ein 26jähriger Geistlicher acquirirte ein indurirtes Geschwür an den Genitalien. Temporäre Heilung. 8 Wochen später sehr empfindliche Infiltration der Leistendrüsen, die in 4 Tagen zu einem hühnereigrossen Bubo wurden. Druck und Kälte erfolglos. Die Haut stark geröthet, empfindlich, die Geschwulst elastisch. J. injicirte nun von obiger Jodkalilösung eine Pravaz'sche Spritze voll, indem er von derselben Einstichstelle aus mehrere Septa nach verschiedenen Richtungen hin anstach. An der herausgezogenen Nadel Eiterspuren. Schon an demselben Abende, obschon Pat. umherging, war die Geschwulst härter und weniger empfindlich, die Haut weniger gespannt. Den folgenden Tag war die Geschwulst kleiner, härter, an der Injectionsstelle eingezogen. J. injicirte nun wieder 1 Spritze voll 6—8 Mm. von der ersten Stelle entfernt, wieder mehre Septa durchstechend. In 2tägigen Pausen erhielt Pat. dann noch 2 Injectionen, im Ganzen also 4, worin 1,5 gran Jodkali und 0,5 gran Jodtinct. enthalten war. Nach 8 Tagen war die Geschwulst haselnussgross und in weiteren 8 Tagen war sie verschwunden. — 2) Ein 23jähriger Oekonom litt seit 5 Wochen an einem Bubo, der 3 Monate nach einem primären Geschwür entstanden war. Pat. sehr elend, die Geschwulst hühnereigross, prall; die Haut blauroth, nicht faltbar. J. injicirte wie oben, wobei die Kanüle das Gefühl einer breiig erweichten Marksubstanz vermittelte. Nächsten Tages die Drüse härter, Stichöffnung stark eingezogen; Empfindlichkeit bedeutend geringer. Tägliche Injectionen, im Ganzen 7, innerlich Eisen und Chinin. Der Bubo war hiernach um's 4fache kleiner geworden; diesen Rest behandelte J. mit hypodermat. Jodkaliinjectionen, da die Geschwulst schon zu hart war. Es blieb eine bohnengrosse Induration zurück. Die Resorption hatte 10 Injectionen (3,7 Gran Jodkali) gebraucht. **Fr. Steiner** (Wien).

O. Madelung. Die Unterbindung der Arteria carotis externa.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 4.)

Ein Fall von Aneurysma racemosum des Hinterhauptes, bei welchem die doppelseitige Unterbindung der A. carotis extern. vorgenommen wurde, gab die Veranlassung zu der folgenden Arbeit. — Nach einem Rückblick auf die Geschichte der Operation, die von

G. Bushe (1821), Lizars, Wallace, Velpeau, ferner von Wutzer, Maisonneuve, v. Bruns, Guyon empfohlen, von Manec, Pirogoff, Bardeleben dagegen verworfen wurde, giebt Verf. eine Zusammenstellung von 60 Fällen dieser Unterbindung. — Es wurde die Carotis auf einer Seite bei 46, auf beiden Seiten bei 7 Personen unterbunden und zwar 46 Mal ohne Aufhebung ihrer Continuität, 5 Mal wurde sie nach Abernethy's Vorschlag zwischen 2 Ligaturen durchschnitten. In 6 Fällen wurde die Arterie bei Geschwulstexstirpationen getrennt, 1 Mal war sie zufällig verletzt. In 24 Fällen ist die Ligaturstelle unterhalb des M. biventer angegeben, in 3 Fällen oberhalb dieses Muskels, in 3 Fällen wurde die Art. thyreoid. superior, in 1 die Art. lingualis gleichzeitig unterbunden; die in allen Fällen benutzten Seidenfäden fielen zwischen dem 5.—19. Tage ab. — Die Indicationen zur Operation waren: 11 Mal Krebs, 9 Mal Gefässgeschwülste, 2 Mal Aneurysma traumat., 3 Mal Gesichtsschmerz; 12 Mal Blutungen; bei Exstirpation von Geschwülsten wurde 10 Mal prophylaktisch, 11 Mal während der Operation unterbunden, 2 Mal ist die Indication nicht angegeben. Das Alter ist in 36 Fällen bekannt und schwankt zwischen $2^1/_2$—70 Jahren. Es starben vor Heilung der Ligaturwunde 7 Patienten: 2 an Gehirnerkrankung, 3 an Erschöpfung, 2 in Folge von Verletzung durch Flintenschuss; 6 weitere Todesfälle standen mit der Ligatur in keinem Zusammenhang, nur 1 Mal war dieselbe die Ursache des Todes. — Verf. bespricht dann die Aenderungen des Blutstroms im Carotisgebiete, theils wie er sie sich theoretisch denkt, theils wie sie nach vorliegenden Beobachtungen bei der Unterbindung vorhanden sind, ferner die Schwierigkeiten der Unterbindung besonders bei Arterienanomalieen. — Vergleicht man die Unterbindung mit der der Art. carotis communis, so ist sie allerdings schwieriger auszuführen, bietet aber weniger Gefahren für den Patienten sowohl in Bezug auf Nachblutung, als auf Gehirnaffectionen; Letzteres ist besonders prägnant bei doppelseitiger Unterbindung. — Als Operationsmethode empfiehlt M., den Vorschriften von Guyon zu folgen: Hautschnitt unmittelbar nach Aussen vom Unterkieferwinkel, nahe dem vorderen Rande des M. sterno-cleido-mastoid., den der Schnitt 1—2 Cm. unter dem oberen Rande der Cart. thyreoid. erreicht. Bei Vordringen in die Tiefe ist zur Orientirung die Port. horizont. des N. hypoglossus sehr wichtig, welche die Carotis ext. am Abgange der Art. lingualis kreuzt; ein wenig unterhalb des Nerven muss die Arterie entblösst werden. — Nachdem M. noch auf die Beseitigung der Ligatur-Gefahren durch die Lister'sche Methode hingewiesen und die verschiedenen Indicationen besprochen hat, kommt er zu dem Schlusssatze, dass die einseitige oder doppelseitige Unterbindung der Carot. extern. geeignet ist, Veränderungen des Blutstromes im Kopfe zu bewirken, welche zur Heilung krankhafter Zustände der Schädeldecken und der Gesichtsweichtheile dienen können. Die Operation ist

verhältnissmässig ungefährlich und im gegebenen Falle der Unterbindung der Carot. communis vorzuziehen.

Maas (Breslau).

A. Riva. Della compressione del torace dal lato sano come mezzo curativo degli essudati pleuritici.

(Rivista clinica di Bologna 1875. No. 1.)

Prof. Concato in Bologna übt folgende Behandlung pleuritischer Exsudate: der Kranke wird auf ein hartes Bett oder ein gepolstertes Brett gelagert. Ein Wärter oder irgend eine andere kräftige Person stellt sich an die gesunde Seite des Kranken und übt mit beiden flach aufgelegten Händen einen kräftigen anhaltenden Druck auf die gesunde Thoraxseite aus, indem er sein Körpergewicht auf seine Arme überträgt. Bei Frauen muss die Brustdrüse möglichst geschont werden. Die Compression wird anfänglich durch 5—6 Minuten zwei Mal täglich ausgeführt. Man kann sie späterhin auf 15 und mehr Minuten ausdehnen, wozu aber schon zwei Wärter nöthig sind, da selbst ein kräftiger Mann die Compression nicht länger als 10 Minuten wirksam ausführen kann. Durch diese Compression der gesunden Thoraxhälfte beabsichtigt man, die Excursionen derselben zu beschränken, und dadurch die kranke Lunge zur Ausdehnung zu nöthigen, wodurch ein Druck auf das Exsudat ausgeübt, und dessen Resorption befördert wird. Die Pseudomembranen werden gedehnt und der Depression des Thorax entgegengewirkt.

Comprimirt man in der oben angegebenen Weise einen gesunden Thorax, welcher z. B. jederseits eine Peripherie von 45 Cm. hat, so verliert die comprimirte Seite 4 Cm. an Umfang, während die nicht comprimirte deren 3 gewinnt. Aehnlich verhält sich der Durchmesser von vorn nach hinten, während der Seitendurchmesser beiderseits zunimmt. Aus diesen Daten lässt sich berechnen (die Berechnung selbst ist nicht angegeben), dass die comprimirte Thoraxhälfte ungefähr 480 Ccm. Rauminhalt verliert, während die nicht comprimirte 380 Ccm. gewinnt. Die specielle Mittheilung der Fälle ist für später versprochen. Doch sind die bisher erzielten Resultate überaus ermunternd.

Menzel (Triest).

P. Walter. Ein Beitrag zur Lehre von der Operation der Blasenfisteln.

(Dorpater med. Zeitschrift 1874. Bd. V. Hft. 4.)

Verf. beschreibt einen Fall von Blasen-Uterusfistel, den er durch Verschluss des äusseren Muttermundes zur Heilung brachte und von dem er nachträglich noch das pathologisch-anatomische Präparat erhielt, indem die Kranke längere Zeit nach der Operation an

einem Lungenleiden starb. Verf. macht darauf aufmerksam, dass bisher blos von Simon ein ähnlicher Fall veröffentlicht sei; wegen der Seltenheit theile er daher den Fall mit, um so mehr, als er etwas anders operirt habe, als Simon.

Eine 35jähr. Frau, welche 2 Mal leicht geboren hatte, kam zum 3. Male nieder, wobei das Fruchtwasser früh abgeflossen und die Geburt sich so verzögert haben soll, dass schliesslich die Anwendung der Zange nöthig war, welche leicht ein todtes Kind entwickelte. Einige Wochen nach der Geburt bemerkte Pat. nun, dass ihr der Urin stets unwillkührlich ablief und genaue, jetzt angestellte Untersuchungen zeigten endlich, dass ca. 5 Mm. über dem äusseren Muttermund in der Medianlinie eine feine, etwa 1 Cm. lange, schlitzförmige Oeffnung sich befand, durch welche Blase und Cervicalcanal direct miteinander communicirten. Obgleich es nun möglich war die Fistel so weit blosszulegen, dass sie direct hätte operirt werden können, so unterliess es Verf. doch aus Furcht, bei der Anfrischung der Ränder das Peritoneum verletzen zu können; er entschloss sich daher zur Verschliessung des Muttermundes unterhalb der Fistel. — Nachdem Pat. in die Steissrückenlage gebracht und mit dem Simon'schen Instrumentenapparat das Operationsfeld blossgelegt war, spaltete Verf. zuerst (ohne den Muttermund herabzuziehen) die portio vag. nach rechts und links, frischte drauf die hintere Muttermundslippe 1 Cm. breit an; die vordere Lippe musste in der Mitte wegen des tiefen Herabreichens der Fistel schmäler angefrischt werden. Nach Stillung der mässigen Blutung mit Eiswasser wurde eine einfache Nath angelegt und zwar so, »dass immer von innen nach aussen genäht und dass jede Nadel immer hart unter dem oberen Wundrande hinein und etwa 6—8 Mm. vom unteren Wundrande entfernt ausgestochen wurde.« Nur einzelne Nähte wurden näher zur Wunde gelegt, um ein Einschlagen der Ränder zu verhüten. Auf jeder Seite wurden 4 Nähte angelegt und sogleich geknüpft; in der Mitte der Wunde wurde schliesslich noch eine 9. Naht angelegt. — Ein permanenter Katheter wurde nicht angelegt, sondern nach der Operation der Urin nur alle 2 Stunden abgelassen. Vom 2. Tage an urinirte Pat. selbst; vom 3. Tage an war der Urin 3 Tage lang blutig gefärbt (vielleicht Menstruation, die seit dem letzten Wochenbett noch nicht wieder eingetreten war). Vom 6. bis zum 9. Tage wurden alle Nähte entfernt und es zeigte sich nun, dass die Wunde vollständig geheilt, der Muttermund verschlossen war.

Pat. blieb nun gesund und menstruirte regelmässig durch die Blase, bis sie endlich 14 Monate nach der Operation, wahrscheinlich einem Empyem verbunden mit Tuberkulose, erlag. Eine vollständige Section konnte nicht gemacht werden, dagegen gelang es dem Verf. wenigstens die Genitalorgane aus der Leiche zu acquiriren. Die Untersuchung derselben zeigte nun, dass: 1) der Narbenverschluss am Muttermunde ein vollständiger war. 2) Die vor der Operation schlitzförmige Fistel war jetzt eirund, erbsengross und hatte dicke, ganz

überhäutete Ränder. 3) Die Uterinhöhle war gänzlich intact; nicht im geringsten ausgedehnt; die Schleimhaut ganz gesund. 4) Der obere Rand der Fistel reichte so nahe an das Peritoneum heran, dass bei der Anfrischung der Ränder eine Verletzung des Peritoneums ganz unvermeidlich gewesen wäre; und Verf. meint in Folge dessen, dass bei jeder Blasen-Gebärmutterfistel Verschluss des äusseren Muttermundes die einzig zulässige Operation sei.

A. Bidder (Mannheim).

M. Schede. Ueber Gelenkdrainage.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 4.)

S. theilt die folgenden Fälle mit, welche zeigen, wie gute Resultate die unter dem Lister'schen Verbande ausgeführte Drainage acut vereiterter Gelenke ergiebt.

Der erste Fall betraf einen Knaben, der ausser an einer Reihe anderer schwerer Verletzungen, an einem complicirten Splitterbruch der rechten Patella litt. Während der Wundverlauf unter dem Lister'schen Verbande zuerst ein günstiger war, trat später eine Retention des Secretes im Kniegelenke mit hohem Fieber ein. — Das Durchlegen von 3 Drainageröhren durch das Gelenk beseitigte die Gefahr. Obgleich im Ganzen über 2 Dritttheile der Patella nekrotisch wurden, regenerirte sie sich vollständig; das Gelenk blieb beweglich: es konnte vollkommen gestreckt und bis zum rechten Winkel gebeugt werden. — In dem zweiten Falle wurde eine Ostitis am Fibulaköpfchen die Ursache einer eitrigen Kniegelenksentzündung bei einem 9jährigen Knaben. Die Drainage bewirkte baldigen Temperaturabfall und Heilung mit nur verminderter, nicht aufgehobener Beweglichkeit. — In einem folgenden Falle entstand die eitrige Kniegelenksentzündung nach Extraction eines Sequesters. — Die Drainage bewirkte Temperaturabfall und Aufhören der Schmerzen. Der Pat. ist noch in Behandlung. — Viertens entstand eine eitrige Kniegelenksentzündung 7 Tage nach Excision eines freien Gelenkkörpers. — Alle bedrohlichen Erscheinungen verschwanden, als durch die sich spontan öffnende Incisionswunde ein Drainagerohr gelegt wurde. Die Heilung erfolgte mit vollkommen beweglichem Gelenke. — In einem 5. Falle entstand die Vereiterung des Kniegelenks nach einem Erysipel, welches seinen Ursprung von Blasen, entstanden durch Jodtinctur, genommen hatte. — Pat. ging an der durch eine später noch hinzutretende Verjauchung des Fussgelenks bedingten Oberschenkelamputation zu Grunde. Die Section zeigte das drainirte Kniegelenk in Heilung. — Die Versuche, ebenso auch schwere chronische Gelenkeiterungen zu behandeln, stellten bei vier schweren Fällen von Tumor albus des Knies zwar die Unschädlichkeit der Drainage ausser Zweifel, doch erlagen gleichwohl 3 Patienten

ihren Leiden. Dagegen waren die Resultate bei fungösen Erkrankungen des Ellenbogen-, Hand- und Fussgelenkes, bei denen der Drainage das Ausschaben der Gelenke und Ausspülen mit einer 8% Chlorzinklösung vorausgeschickt wurde, sehr günstig. — So weit die Patienten nicht an allgemeiner Tuberkulose zu Grunde gingen, erfolgte Heilung mit beweglichem Gelenke. — . **Maas** (Breslau).

O. Berger (Breslau). Zur Casuistik der Gelenkneuralgieen.

(Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1874. No. 49.)

Nachdem Verf. bereits früher (Berl. klin. Wochenschrift 1873. No. 22—24) über 7 Fälle von Gelenkneurosen berichtet hat, giebt er in der vorliegenden Mittheilung einen Bericht über 6 weitere Fälle und theilt seine therapeutischen Erfahrungen mit. B. betont die Angaben Brodie's und Esmarch's bezüglich der weitaus grösseren Häufigkeit dieses Leidens, als man gewöhnlich anzunehmen pflegt und hebt hervor, dass die Arthro-Neuralgieen mit allen ihren klinischen Einzelheiten sich streng an die Symptomatologie der gewöhnlichen Neuralgieen anschliessen. Nur bei hysterischen Frauenzimmern erhalten dieselben ein für Hysterie charakteristisches Gepräge: der Verlauf wird sehr wechselnd und von der augenblicklichen Gemüthsstimmung wesentlich beeinflusst.

Unter den 6 beobachteten Fällen befanden sich nur 2 hysterische Damen aus den gebildeten Ständen, in einem Falle war die Hysterie zweifelhaft, während die 3 übrigen Patienten (2 Männer und 1 Frau) in jeder Beziehung vollkommen gesund waren. Von den 13 Fällen von Gelenkneuralgieen boten also 6 Patienten keine sonstigen neuropathischen Störungen dar und B. tritt deshalb der Auffassung entgegen, als ob es nur hysterische Gelenkneurosen gebe; er ist der Ansicht, dass manche Fälle von monarticulärem chron. Gelenk-Rheumatismus bei eingehender Untersuchung sich als Gelenk-Neuralgieen herausstellen dürften. — Was die Therapie betrifft, so erzielte Verf. in 2 Fällen von Kniegelenk-Neuralgieen durch den Gebrauch energischer kalter Abreibungen zwar langsame aber doch vollständige Heilung, in dem einen Falle unter gleichzeitiger Darreichung von ferrum. Bei einer an Hystero-Epilepsie leidenden Patientin wurde durch Galvanisation des Hand-Gelenks entschiedene Besserung erzielt, während in den 3 übrigen ausführlich mitgetheilten Fällen eine auffallend rasche Heilung nach Anwendung der Electricität eintrat. **Tillmanns** (Leipzig).

Marcano. Sur les ulcères des jambes entretenus par une affection du coeur.

(Progrès médical 1875. No. 3.)

Verf. ist unzufrieden mit der jetzt angenommenen Klassification der Beingeschwüre, indem man viele, die auf einer entfernten

Ursache beruhen, als ulcera simplicia bezeichnet. Durch das Studium der Aetiologie der Beingeschwüre hat er die Ueberzeugung gewonnen, dass viele sogenannte ulcera simplicia ihren Grund in einer Circulationsstörung und zwar in einer Erkrankung des Centralorgans haben. 2 Fälle, bei denen die Section gemacht, werden mitgetheilt. 1) Colossales, in 7 Monaten entstandenes Beingeschwür bei einem 51jährigen kräftigen Manne. Die Symptome eines Herzleidens gingen dem Anfange des Geschwürs 4 Monate vorauf. — Sectionsbefund: Excentrische Herzhypertrophie. Insufficienz der valvul. mitral et aort. Frische Endocarditis valvularis. — 2. Recidivirende Beingeschwüre an beiden Unterschenkeln bei einem 71jähr. robusten Manne. Vor dem Erscheinen der Geschwüre traten Symptome einer Herzaffection auf. — Sectionsbefund: Dilatation der sinus aort., Stenose der verdickten valvul. mitral. — M. ist zu folgenden Resultaten gekommen: 1) Herzaffectionen disponiren zu Beingeschwüren, können sie auch hervorrufen. — 2) Die Geschwüre, welche man cardiopathische nennen könnte, sind ziemlich häufig. — 3) Die Herzaffectionen scheinen ihre ätiologische Rolle nur mittelst des permanenten Oedems der Unterschenkel zu spielen. **Petersen** (Kiel).

W. Henke. Kritisches über Klumpfuss und Plattfuss.

Offener Brief an C. Hueter.

(Prager Vierteljahrschrift f. d. pr. Heilk. 125. Bd.)

H. wendet sich neuerdings gegen die Ansicht Hueters, dass bei Plattfuss der Talus wesentlich deformirt sei, er findet vielmehr, dass die beschriebenen Formveränderungen nicht in Wachsthumsanomalieen begründet seien, sondern in der permanenten Plantarflexion des Talus im Sprunggelenke bei der genannten Affection. Dadurch bleibe der vordere Theil der Talusrolle beständig ausser Contact mit der Tibia. Die scheinbare Vergrösserung des Taluskopfes rühre daher, dass das Os naviculare am Talus so in die Höhe rücke, dass dasselbe mit dem unteren Theile seiner Gelenkfläche am oberen Theile der ursprünglichen Gelenkfläche des Talus articulire, mit dem oberen Theile seiner Gelenkfläche aber an dem vorderen äusseren Rande der Talusrolle, welche Partie sonst bei der Dorsalflexion mit der Tibia articulirte. Beim Vergleiche eines normalen Sprungbeines mit einem von einem Plattfusse findet H. also den Hauptunterschied in der Verschiebung der Gelenkflächen bei dem letzteren.

Aehnlich fasst H. die Formveränderungen des Talus beim Klumpfuss auf; der Talus ist stark plantarflectirt, ein grosser Theil seiner Rolle sieht dauernd nach vorn und hat seinen Knorpelüberzug verloren, dabei ist die Kapselinsertion durch die Verödung dieses Theiles des Gelenkes auf die Rolle selbst nach oben gerückt; betrachtet man die

Kapselinsertion als einen fixen Punct, so erklärt sich der Irrthum, dass ein Theil der Rolle zu dem vermeintlich vergrösserten Halse des Talus gerechnet wird. Die Gelenkverbindung zwischen Talus und Kahnbein ist nach innen und oben gerückt. Die Wachsthumsveränderungen des Talus beim Klumpfuss wären somit nicht so bedeutend, als Hueter sie darzustellen sucht, und nicht als das Primäre aufzufassen, sondern als Folgen der veränderten Druckverhältnisse. **Gersuny** (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Fiedler. Ueber den Missbrauch subcutaner Morphiuminjectionen.

(Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1874. No. 27 und 28.)

F. warnt vor der oft allzu freigebigen fortgesetzten Anwendung subcutaner Morphiuminjectionen und macht besonders auf die Gefahren aufmerksam, welche entstehen, wenn die Application des Mittels der Willkür des Kranken oder seiner Angehörigen überlassen wird. —

Abgesehen von den sonstigen bekannten, mehr oder minder unbedeutenden Nachtheilen beobachtete F. nach fortgesetzten und häufig wiederholten Morphiuminjectionen beträchtliche Alterationen in den Nerven- und Gehirnfunctionen und in den extremsten Fällen Formen von Psychosen, welche mit den Erscheinungen der Cerebralparalyse zu vergleichen sind. Zustände psychischer Depression wechselten ab mit maniakalischen Erscheinungen. In einzelnen Fällen trat eine specifische Morphiumpsychose auf, welche sich von der gewöhnlichen Cerebralparalyse nur dadurch unterscheidet, dass eine Heilung resp. Besserung erzielt werden kann, sobald der Morphiummissbrauch aufhört. —

Zur Illustration des Gesagten theilt Verf. 5 Fälle mit (s. Original).

Tillmanns (Leipzig).

Lewin. Ueber Morphiumintoxicationen.

(Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1874. No. 28.)

L. betont die bekannte Erscheinung der primären Steigerung und allmälig erfolgenden Depression der Herzthätigkeit durch Morphium. Diese Thatsache findet ihr Analogon in der Wirkung des Morphium auf die Nervensubstanz; ein auf keinen Metallreiz mehr reagirender Nerv macht z. B. die lebhaftesten Zuckungen, sobald er mit Morphium in Berührung kommt und stirbt für immer ab, wenn die Zuckungen nach kurzer Zeit aufhören (Humboldt). Aus dieser directen Einwirkung des Morphium auf die nervösen Centren folgen natürlich secundär die bekannten Reizerscheinungen (unregelmässige Wärmeregulirung, gestörte Motilität, Alteration der sensibeln und geistigen Sphäre etc.). — Verf. theilt einen Fall von Morphiumintoxication mit, der in exquisitester Weise diese Symptome darbot (s. Original). **Tillmanns** (Leipzig).

B. Lysakowsky. Ueber einen Fall von puerperaler Pyämie aus ungewöhnlicher Ursache.

Inaug.-Diss. Halle. 1874.

Verf. beschreibt einen selbstbeobachteten Fall von wohlausgebildeter metastatischer Pyämie im Wochenbett (Schüttelfröste, multiple Gelenkentzündungen, Pleuritis, Icterus, dabei keine Affection des Bauchfells), welche, wie die Section ergab, von thrombosirten Varicen der Vagina ihren Ausgang genommen hatte. Patientin hatte kurz vor der Entbindung eine starke Blutung gehabt, die auf frühzeitige Lösung der Placenta bezogen, wahrscheinlich in einem Platzen der sehr voluminösen Aderknoten ihren Grund gehabt hatte. Beim Geburtsact, vielleicht schon

vorher, hatte von hier aus eine Infection stattgefunden. Alle übrigen, sonst bei puerperaler Pyämie betheiligten Venen wurden von Thromben frei gefunden.

A. Genzmer (Halle).

L. Albani. Un caso di afasia traumatica.

(Lo Sperimentale 1875. Fasc. 10.)

Ein 20jähr. Mann stiess in der Nacht, vielleicht von einem Traume aufgeschreckt, plötzlich den Kopf mit grosser Gewalt gegen die nebenliegende Wand, so dass er vollkommen regungslos am Boden liegen blieb. In der linken Schläfen-Seitenwandbeingegend fand sich eine starke Blutbeule. Eine Schädelfractur wurde nicht gefunden. In den ersten Tagen Sopor, darauf Symptome von Hirnreizung. Am 12. Krankheitstage zeigte sich eine rechtsseitige Hemiplegie, welche dauernd blieb. Am 13. Tage war das Bewusstsein schon hergestellt, aber der Mann konnte keine andern Worte hervorbringen als buono und core. Und bei diesem Zustand verblieb es, trotz Anwendung der mannigfaltigsten Mittel. **Menzel** (Triest).

Coats. Note on the localisation of the function of language.

(Med. tim. and gaz. 1875. Jan. 30. p. 113.)

Bei einem in der Glasgow royal infirmary im October vergangenen Jahres verstorbenen 14jähr. Knaben fand sich eine $3^1/_2$ Zoll lange Eitersammlung in den Hirnhäuten der Basisgegend, direct an der Sylvi'schen Furche, links. Obwohl die Hirnsubstanz nicht direct betheiligt war, waren doch die letzten linken Stirnwindungen nach vorn gedrängt. Im Uebrigen acute Meningitis, ein kleiner Abscess im rechten Temporallappen, ausgehend von einer rechtsseitigen Caries des Ohres. Die 3 letzten Tage vor dem Tode beständige Aufregung und Schwatzen, welche Symptome auf die Reizung der Broca'schen Windung zurückgeführt werden.

Ranke (Halle).

V. Urbantschitsch. Ein Fall von anomaler Secretion der Drüsen des harten Gaumens infolge medicamentöser Behandlung der Nasenhöhle.

(Wiener med. Presse 1875. No. 4.)

Verf. hebt hervor, wie es ja bekannt sei, dass katarrhalische Processe im Nasopharyngealraume häufig auf die Ohrtrompete übertreten und Schwerhörigkeit erzeugen, und dass der Erfolg der Behandlung des Ohrenleidens oft von gleichzeitig bestehenden Leiden im Nasopharyngealraume abhänge.

Die Patientin des Verf.'s, 30 Jahr alt, litt an chron. Coryza und chron. Katarrh des Mittelohres. Der Katheterismus der Ohrtrompete war so schmerzhaft, dass U. vorläufig nur den Nasenrachenkatarrh behandelte. Einblasungen von Alaunpulver und Bepinselungen der Nasenhöhle mit Lapislösung besserten den Zustand nach mehreren Wochen. Bei den fortgesetzten Lapispinselungen aber trat nun nach jeder solchen oberhalb der Schneidezähne des Oberkiefers erst ein Druckgefühl, dann heftiger Schmerz in beiden Sinus maxillar. auf, der über sämmtliche Zähne des Ober- und Unterkiefers ausstrahlte. Starker seröser Ausfluss aus der Nase durch 8 Stunden. Am nächsten Morgen nach der Pinselung ein widerwärtiger Geschmack im Munde und an den oberen Schneidezähnen zeigte sich ein brauner Belag, der vom unteren Drittel der vorderen Seite über deren hintere Fläche und weiter bis zur Mitte des Gaumens sich ausbreitete.

Diese Symptome (auch der braune Belag) wurden nun durch jede medicamentöse Behandlung hervorgerufen, gleichviel ob Lapis oder Alumen oder Tannin, in Solution oder in Substanz, angewendet ward. Der Belag zeigte sich nur an jenen Zähnen, an denen nach dem Pinseln das Druckgefühl erschienen war und endete stets mit einem scharfen Rande an denselben. Grosse Empfindlichkeit der 4 oberen Schneidezähne beim Essen. Zahnarzt Dollinger fand die Zähne intact, nur wurde eine auffällige Weite der Ausführungsgänge einiger Drüsen in der Mitte des harten Gaumens, entsprechend der Stelle, bis wohin der Belag reichte, constatirt.

Nach dem Aussetzen der medicamentösen Behandlung hielt diese secretorische Störung noch kurze Zeit an, in Intervallen wiederkehrend, um endlich ganz zu schwinden. **Fr. Steiner** (Wien).

Heinze. Laryngoscopisches.

(Arch. d. Heilkunde 1875. XVI. Jahrg. Hft. 1. p. 65—79, nebst einer Tafel.)

Verf. beschreibt eine Anzahl interessanter laryngoscopischer Beobachtungen:

I. Beseitigung eines fibrösen Polypen des rechten Stimmbandes mit der v. Bruns'schen Quetschschlinge. Nach Verlauf beinahe eines Jahres kein Recidiv.

II. Affection der linken Larynxhälfte im Verlaufe von Lues. Der Rest des zerstörten linken Taschenbandes legte sich auf das Stimmband und wurde durch eine Operation entfernt. Die gleichzeitig vorhandene Parese des Stimmbandes und die Aphonie, gegen welche Electricität vergeblich angewendet worden war, wurde auch dadurch nicht gebessert.

III. Es gelang Verf. in einem Falle, zahlreiche zum Theil unter dem rechten Stimmbande sitzende Papillome mittelst der Kehlkopfpincette in mehreren Sitzungen, wenn auch mühsam, so doch vollständig zu entfernen.

Endlich wird ein Fall von »doppelseitiger Paralyse der Mm. crico-arytaenoidei postici« kurz beschrieben. **A. Bidder** (Mannheim).

Mollière. Observations de tumeurs rares de la langue.

(Progrès médical 1875. No. 1.)

I. Nussgrosse Hydatidencyste am rechten Zungenrand. Einige Tage nachdem der 24jähr. Pat. die damals erbsengrosse Geschwulst bemerkt hatte, trat eine heftige Glossitis auf, die 14 Tage dauerte. Nach abgelaufener Entzündung rasches Wachsen der Cyste. — Excision. Feste Adhäsionen zwischen der Cyste und der Muskulatur wie der art. ranin. — Verf. meint, der Parasit sei während der Mastication in die Zunge gedrungen und die entzündlichen Erscheinungen müssten auf die Gegenwart des fremden Körpers bezogen werden. Er empfiehlt bei Zungenoperationen Metallsuturen damit die Patienten der hervorragenden Spitzen wegen instinctiv die Zunge ruhig halten.

II. Bohnengrosses Lipom am linken Zungenrand bei einem 60jähr. kräftigen Greise. Verf. liess ein Loch in ein Kartenblatt machen, die Zunge hindurchstecken, diese durch einen Assistenten festhalten und entfernte dann den Tumor mit der rothglühenden Guersant'schen Hämorrhoidalzange, welche Operationsmethode M. sehr empfiehlt. An der Zungenbasis befanden sich noch mehrere analoge Tumoren, die nicht entfernt wurden. — In beiden Fällen trat bald Heilung ein.

Petersen (Kiel).

Peltier. Note sur la glossite à frigore.

(Progrès médical 1875. No. 2.)

Verf. berichtet ausser über den in der Gazette des hôpitaux vom 10. Oct. 1874 bereits mitgetheilten Ball'schen Fall von Erkältungs-Glossitis über eine eigene ähnliche Beobachtung. Der Fall zeichnet sich aus durch rapide Entwicklung, schwere Symptome, rapide Abnahme der Entzündung. Anfang der Entzündung in der Nacht, am Mittag höchst bedrohliche Symptome, drei Blutegel seitwärts vom Frenulum, am Abend bedeutende Besserung, am folgenden Tage starke Abnahme der Geschwulst, am 3. Tage war jegliche Schwellung verschwunden.

Petersen (Kiel).

Minnich. Ruptura diaphragmatis mit Bildung einer Hernia diaphragmatica.

(Wiener med. Presse 1875. No. 2.)

Ein 35jähriger Schieferdecker fiel zwei Stock hoch herab. Er blieb bewusstlos liegen und blutete etwas aus dem Munde. Auch nach mehreren Stunden, im Spitale, war Pat. noch somnolent. Befragt, klagte er über Schwindel und Schmerzen im Unterleibe, Kurzathmigkeit. Das rechte Auge geschlossen, oberes Lid und die rechte Wange blutunterlaufen; die linke Thoraxhälfte vorgewölbt, das Herz median verschoben. Links von der 3. Rippe nach abwärts tympanitischer Schall, an den abhängigen Stellen gedämpft; daselbst kein Respirationsgeräusch vernehmbar. Temperatur nicht erhöht.

Diese Symptome nahmen an Schwere immer zu; Stuhl bald diarrhoisch, bald angehalten. Völliger Appetitmangel. Nach 14 Tagen exitus lethalis unter den Symptomen eines rechtsseitigen Lungenödems. Die Section zeigte: eine ausgedehnte Fissur an der Schädelbasis; in der vorderen Schädelgrube ein Bluterguss unter der Dura mater. Der rechte Jochbogen und Unterkiefer gebrochen. Bei Eröffnung der Brusthöhle entwich Gas aus dem linken Pleurasacke; das Herz nach rechts hin verdrängt, das Diaphragma nach dem Abdomen zu vorgewölbt. In der linken Brusthöhle lag der ausgedehnte Magen und das Colon transvers. mit dem zusammengeballten Netze, dahinter eine etwa 1 Fuss lange Dünndarmschlinge. Die Eingeweide waren durch ein abnormes Loch mit zackig gerissenen Rändern, welches links vom foramen oesophag. noch im sehnigen Theile des Diaphragma sich befand, in die Brusthöhle getreten. Die linke Lunge lag als platter, luftleerer Kuchen an die Wirbelsäule angedrückt. Im Thoraxraume etwa 2 Pfunde röthlichen Serum's. Oedem der rechten Lunge. **Fr. Steiner** (Wien).

Minnich. Symmetrische Gangrän sämmtlicher Finger bei Phthisis pulmonum.

(Wiener med. Presse 1875. No. 1.)

Ein tuberkulöser, 33jährig. Buchdrucker, der angestrengt arbeitete, bekam eines Abends spontan eine starke Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Finger; an den Handrücken bildeten sich Bläschen. Am nächsten Morgen sollen diese Erscheinungen verschwunden sein, bis Mittags bei der Arbeit plötzlich sämmtliche Finger dunkelroth, dann bläulich, endlich schwarz wurden. Das Tastgefühl schwand, die schmerzhaften Finger verloren ihre Beweglichkeit.

Bei der Aufnahme des Pat. im Spitale wurde ausgebreitete Lungeninfiltration, Cavernenbildung, Auftreibung und Empfindlichkeit des Unterleibes bei Druck nachgewiesen. Die Finger beider Hände krallenförmig gebeugt, die Haut darüber geschrumpft, blauschwarz, trocken, glänzend, die daran stossende Haut geschwellt, roth und schmerzhaft. Ueber der linken Kniescheibe eine thalergrosse, blauschwarze Hautpartie. Puls beschleunigt; viel Auswurf.

Nach 14 Tagen erfolgte exit. lethalis. Die Section erwies: Verwachsung beider Lungen mit der Costalpleura; ausgebreitete tuberc. Infiltration beider Lungen, mehrere Cavernen; das Herzfleisch blass; die Intima der Aorta stellenweise getrübt; das Peritoneum voll Tuberkelknötchen; die artt. radial. und ulnar. und deren Verzweigungen an beiden Armen rigid, ihre Intima getrübt und mit zahlreichen Kalkplättchen bedeckt. Auch in den Art. brach. und crural. Trübung der Intima. **Fr. Steiner** (Wien).

Wood. New (? Ref.) operation for the cure of hypospadiasis.

(Med. tim. and gaz. 1875. Jan. 30. p. 114.)

Anonymer, nicht von W. herrührender, durchaus ungenügender Bericht aus dem King's college hospital.

Das in der Regel vorhandene Präputium wird dorsal, nahe seinem Anheftungspuncte am Penis durchstochen, die Oeffnung quer so weit erweitert, dass die Glans durch dieselbe hindurchgesteckt werden kann. Sodann wird ein Lappen von der Unterfläche des Penis, resp. vom vorderen Theile des Scrotum freipräparirt, und nach vorn gebracht (wie?) und an die Wundfläche des Präputium mit Silbersuturen angenäht. 3 bis 4 Tage lang wird ein permanenter Katheter eingelegt. 2 vom Berichterstatter gesehene Fälle hatten ein günstiges Resultat geliefert.

Ranke (Halle).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 11. **Sonnabend, den 13. März.** **1875.**

Was bedeutet das Fehlen der Hirnbewegung bei blosliegender Dura?

Von

W. Roser in Marburg.

In einer Abhandlung über Trepanation (Archiv d. Heilkunde 1866) hatte ich die Vermuthung ausgesprochen, dass dieses Fehlen der Hirnbewegung von örtlicher Anämie des entsprechenden Hirntheils, wenn derselbe durch ein Extravasat oder Exsudat comprimirt wird, abzuleiten sein möchte. Die Section hatte mir in zwei Fällen dieser Art ein umschriebenes, abscessartiges Exsudat an der betreffenden Stelle des Arachnoidealraumes ergeben.

Einige neuere klinische Erfahrungen drängen mich zu einer andern Ansicht. Es ist, glaube ich, beim Fehlen der Hirnbewegung

eine örtliche Verwachsung der Arachnoidea anzunehmen; diese Verwachsung ist es, welche das Auf- und Absteigen des Hirns hemmt.

Bis jetzt ist das Fehlen der Hirnbewegung von den chirurgischen Klinikern nicht genug in Betracht gezogen worden. Es mag hundert Mal vorgekommen sein, dass die Hirnbewegungen fehlten, aber man mag wohl immer nicht darauf geachtet haben. So mag es auch mir selbst in früherer Zeit gegangen sein. In der Literatur finde ich nur einen einzigen Fall erwähnt, wo das Fehlen der Hirnbewegung ganz bestimmt beobachtet wurde; der Fall ist von Guthrie (Commentaries, ed. V. p. 354) und die Erzählung enthält nur die kurze Mittheilung, dass nach einem Einschnitt in die Dura eine bemerkenswerthe Menge von Eiter herausgekommen, dass das Ausfliessen des Eiters eine Zeit lang täglich befördert und dass schliesslich die Heilung erreicht worden sei.

Es wäre sehr zu wünschen, dass dieser für die Chirurgie höchst wichtige Gegenstand zu völliger Klarheit gebracht würde. Ich möchte gern diese Frage weiter bearbeiten und ich richte deshalb die Bitte an die geehrten Fachgenossen, dass sie die etwa vorgekommenen Wahrnehmungen über fehlende Hirnbewegung veröffentlichen möchten.

Marburg, 28. Febr. 1875.

Ueber das Schwinden der Sensibilität in der Narkose.

Von

Wilh. Koch in Berlin.

So weit meine Ermittelungen reichen, ist schon im ersten Jahre der Chloroformanwendung der Satz aufgestellt worden, dass innerhalb der nervösen Apparate, welche eine einzige, einheitliche physiologische Verrichtung haben, die Anästhesie nicht gleichzeitig in allen Theilen, sondern successive in dem einen früher, in dem anderen später, und zwar in einer ganz bestimmten Reihenfolge auftritt. Speciell herrschte das Bestreben nachzuweisen, dass die Lähmungserscheinungen in der sensiblen und motorischen Sphäre zuerst immer an der unteren (hinteren) Extremität sich zeigen und von da aus centralwärts in der Weise vorschreiten, dass der Bauch und Rücken, dann die Brust, der Hals u. s. w., zuletzt der Kopf befallen wird.

Man findet diese Lehre in ihrer ganzen Schärfe bereits bei Simonin entwickelt (De l'emploi de l'éther sulfurique et du chloroforme. Paris 1848—49), am ausführlichsten bei Claude Bernard besprochen. (Siehe dessen Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses 1857, p. 235, 330 und 425. Ferner dessen Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux. 1858, Vol. I, p. 90. Endlich die Leçons sur les anésthésiques. 1857, p. 135 und 140.)

Der Raumersparniss wegen citire ich nur die folgende Stelle: »Wenn das Nervensystem unter einem, seine Function vernichtenden Einfluss steht, so zeigen sich die Lähmungserscheinungen zuerst an der hinteren Extremität. Dann sterben die Nerven successive im Aufsteigen ab. Der Quintus behält am längsten seine Eigenthümlichkeiten und in seinem Gebiete bleibt das Auge das letzte empfindende Organ. Die Bewegungen verschwinden in derselben Reihenfolge«.

Liebreich findet (Verhandlungen der Berl. med. Gesellschaft Bd. V, p. 20), dass für Operationen am Kopf besser und sicherer als Chloroform und Aether die Narcotica der zweifach gechlorten Reihe sind (z. B. das Bichloride of Methylene). Bei ihnen beginnt die Narkose am Kopf und der übrige Körper wird erst anästhetisch, wenn sie hier eine Zeit lang verweilt hat. Auch das Aethylidenchlorid giebt eine Narkose, wie sie für Operationen am Kopf nicht besser sein kann. Es tritt Anästhesie am Kopf ein, während der Muskeltonus noch besteht.

Die Erklärungsversuche dieser auffälligen Thatsache sind nirgends in befriedigender Weise gegeben worden. Da man bis vor Kurzem nicht genau wusste, ob die Anästhetica allein die sensiblen Nerven oder deren Ganglien angreifen, sprechen die Autoren, und namentlich gilt dies auch von Claude Bernard, theils von einem ordnungsmässigen Absterben der sensiblen Endigungen, theils der Stämme, theils der im Rückenmark und Hirn belegenen Centren, immer aber mit der Betonung, dass dieses Absterben genau in der Richtung von den Extremitäten zum Kopfe hin eingeleitet werde. (Die Liebreich'schen Behauptungen postuliren natürlich die entgegengesetzte Richtung.)

Seitdem es nun feststeht, dass die sensiblen Nerven auch in tiefster Narkose gar nicht angegriffen werden, kann die Erscheinung folgerichtig doch nur so erklärt werden, dass die sensiblen Ganglienzellen selber in der angegebenen Weise ausser Function treten — eine Vorstellung, die in der That augenblicklich bezüglich dieses Punctes die herrschende ist.

Wenn man nun (zunächst mit Aether und Chloroform) an einem vollkommen unverletzten Thiere arbeitet, bei dem man also mechanisch, electrisch u. s. w. einerseits die Haut, andererseits Mund, Auge und Nase auf diese Verhältnisse untersucht, kann man sich sehr leicht überzeugen, dass die Reflexerregbarkeit immer eher an Extremitäten und Rumpf, als an den vorhin bezeichneten Theilen des Kopfes erlischt. Man findet aber schon bei dieser Versuchsanordnung kaum je ein gesetzmässiges Schwinden der Art, dass zuerst die Zehen, dann der Schenkel, die Bauchhaut u. s. w. anästhetisch werden. Im Gegentheil zeigen sich Schwankungen der Art, dass z. B. zuerst die Bauchhaut, dann die Zehen insensibel werden und es bleibt constant eben nur die scheinbar längere Resistenz der Kopfostien.

Ganz anders gestaltet sich die Sache, falls man einzelne Stellen des Rumpfes von der Haut entblösst oder grössere sensible Nerven

freilegt. Ich habe Thieren kleine Hautwunden an den Hinterzehen beigebracht, den N. cruralis, cutaneus femoris ext. u. s. w. freigelegt und die Reflexerregbarkeit dieser Theile mit der der Cornea, der Nasenschleimhaut u. s. w. verglichen und mich auch nicht ein einziges Mal überzeugen können, dass die Sensibilität der Nervenstämme früher erlosch, als die der Schleimhautregionen des Kopfes. Im Gegentheil fiel ziemlich constant ein relativ früheres Schwinden der Cornealsensibilität auf, während sonst Differenzen zwischen Kopf und Rumpfende nur in geringem Grade und immer in der Art nachzuweisen waren, dass die sensiblen Extremitätennerven um eine Wenigkeit länger persistirten, als etwa die Nase, der Mund und das Ohr.

Demnach muss ich die Angaben Claude Bernard's u. A. bestreiten und deren Irrthümlichkeit darauf zurückführen, dass man Theile auf dieses Verhalten geprüft hat, die auch normaliter bei Einwirkung desselben (minimalen) Reizes nicht mit der gleichen Reflexstärke antworten. Eine Berührung der Cornea, welche schon starke Lidbewegungen hervorruft, erregt die Haut etwa des Unterschenkels noch gar nicht. In der Narkose wird das Gleiche stattfinden und das schwer verständliche Phänomen der Autoren sofort auf einfache Verhältnisse sich reduciren, sobald man die sensiblen Fasern so zugänglich macht, wie es an der Cornea u. s. w. normaliter der Fall ist. Ich betonte, dass die Sensibilität nahezu gleichzeitig schwindetund gebe damit zu, dass zeitlich kleine Differenzen allerdings nachweisbar sind. Dies stimmt mit Hitzig's Angaben überein, welcher in tiefer Aethernarkose einzelne motorische Hirnganglien noch erregbar fand, während andere bereits functionsunfähig waren (Untersuchungen über das Gehirn, p. 37). Indess sprechen auch diese Anomalieen keineswegs zu Gunsten der bisher üblichen Anschauungen.

Es lässt sich bei meiner Versuchsanordnung (Verabfolgung von einem vor Nase und Mund gehaltenen Tuch) ein schnelleres Absterben der Cornea, der Nasen- und Mundhöhlenschleimhaut schon deswegen vermuthen, weil neben der Allgemeinwirkung des Mittels auch noch die bekannte locale hinzukommt. Verklebt man die eine Lidspalte, während man die andere offen lässt, so kann man in der That fast jedesmal finden, dass die unter dem geschlossenen Lide befindliche Cornea um ein Geringes länger empfindlich bleibt als die andere.

Für die Angaben Hitzig's scheint mir weiter verwerthet werden zu müssen, dass die verschiedenen Abschnitte des Centralnervensystems auch von verschiedenen Blutmengen durchflossen werden. Unter solchen Umständen wird von zwei neben einander liegenden Puncten derjenige am ehesten versagen, welcher das meiste Blut, also auch die meisten narkotischen Dämpfe empfängt.

Ueber die Angaben Liebreich's kann ich kurz hinweggehen und versichern, dass sich das Aethylidenchlorid und das Methylenbichlorid genau so verhalten, wie Chloroform und Aether.

Dagegen möchte ich noch hervorheben, dass auch die nach Curarevergiftung eintretende motorische Lähmung an allen Theilen des Kör-

pers ziemlich gleichmässig und nicht, wie man bisher ebenfalls behauptete, in aufsteigender Richtung, einzutreten pflegt. Versuche am N. ischiadicus einerseits und andererseits am N. facialis stellen auch diese Behauptung über allen Zweifel.

Um noch einmal zu resumiren geht also meine Meinung dahin, dass den besprochenen Mitteln gegenüber die motorischen und sensiblen Ganglien gleiche Resistenz und gleiche Erschöpfbarkeit zeigen, dass das stellenweise frühere Absterben einzelner dieser Ganglien wesentlich in Differenzen der Blutvertheilung seinen Grund findet und dass das scheinbar frühere Schwinden der Reflexe am Rumpf und den Extremitäten darauf beruht, dass die meisten Abschnitte des Hautkörpers auf den gleichen Reiz schwerer reagiren, als die Schleimhäute. —

W. Braune. Topographisch-anatomischer Atlas.

Nach Durchschnitten an gefrorenen Cadavern. Mit 50 Holzschnitten im Text. 4⁰ 218 Seiten.

Leipzig, **Veit & Co.**, 1875.

Der vorliegende neue Atlas B.'s giebt die Abbildungen in verkleinertem Maassstabe wieder, wie sie in dem grösseren früher erschienenen Werke in Lebensgrösse dargestellt sind. Die Abbildungen dieses grossen Atlas sind in getreuer photographischer Nachbildung copirt. Im Ganzen liegen 31 sehr sauber ausgeführte Tafeln vor uns; jeder ist ein besonderer Text beigefügt, so dass die stückweise Benutzung je nach Wunsch z. B. beim Unterricht etc. möglich ist. Der Text enthält 50 Holzschnitte.

Im Folgenden seien die praktisch wichtigsten Puncte kurz hervorgehoben, bezüglich der Details muss auf das Original verwiesen werden. —

Auf der ersten Tafel ist es im höchsten Grade auffallend, dass bei mittlerem Füllungsgrade der Därme die Entfernung des Nabels von der Lendenwirbelsäule verhältnissmässig gering ist. Am Lebenden ist die Entfernung der Wirbelsäule von den Bauchdecken infolge der Respiration und des wechselnden Standes des Zwerchfells allerdings etwas beträchtlicher, aber nach B. doch immer noch nicht so beträchtlich, als man gewöhnlich annimmt. Aus dem Verhältniss der Bauchdecken zur Lendenwirbelsäule erkennt man die Möglichkeit einer ergiebigen Compression der Aorta, die um so sicherer ist, je magerer das Individuum und je weniger voll die Därme sind. Da die Aorta am 4. Lendenwirbel sich theilt, so ist die Compression nicht tiefer, eher höher, also unmittelbar am Nabel, bei stark nach vorn gebogener Wirbelsäule auszuführen.

Bezüglich der Dehnbarkeit der Trachea bei Beugung und Streckung des Kopfes hat B. Messungen angestellt; letztere ergaben,

dass dieselbe $2^1/_2$ Cm. betragen kann. Diese federnde Beschaffenheit der Trachea erklärt zur Genüge das starke Klaffen aller queren Trachealwunden bei gestrecktem Kopfe.

Gut ersichtlich ist die Lage der art. carotis int. in unmittelbarer Nähe der Schlundkopfmuskulatur und mahnt zur Vorsicht bei Operationen an Mandeln und am Schlundkopfe. Bekanntlich ist die Carotis int. nur durch den Ursprung des Constrictor pharyngis und die Rachenfascie von den Mandeln getrennt. Tödtliche Verletzung der Arterie nach Exstirpation der Mandeln sind von Portal, Burns, Béclard u. A. mitgetheilt worden.

Die Lage des nerv. mandibularis zum Unterkiefer und des nerv. lingualis zwischen Kiefer und Mundhöhle ist von besonderem Interesse. Bezüglich des letzteren begreift man, dass derselbe bei rohen Zahnextractionen durch Ausgleiten des scharfen Hakens leicht verletzt werden kann und in der That bereits mehrfach verletzt wurde. Die Neurotomie des Nerven bei Neuralgieen von der Mundhöhle aus ist nach der Methode von Roser gut ausführbar, aber auch ohne Durchtrennung der Wange. Nach Extraction des letzten oberen Backzahns kann man nach B. den Nerven mit Sicherheit auf dem Aste des Unterkiefers mit einem Tenotom ohne vorhergegangene Freilegung zerschneiden.

Von besonderem Interesse sind die Durchschnitte durch den Thorax und Unterleib, welche zum Theil dem Pirogoff'schen Atlas entlehnt sind und patholog. Verhältnisse (Pleuro-Pneumothorax, Pyothorax, Hydropericardium etc.) auf's deutlichste demonstriren (cf. Original); hieran schliessen sich die Beobachtungen über Herzdislocationen infolge von Flüssigkeitsansammlungen in der Pleurahöhle (p. 100—102). Es ergiebt sich, dass bei solchen Dislocationen die Herzspitze bedeutend weiter rückt, als die Herzbasis und dass gleichzeitig eine Rotation des Herzens um die Längsaxe stattfindet.

Um die von Pleura nicht bedeckte Stelle des Herzbeutels am unteren Ende des linken Sternalrandes bei Paracentesis pericardii sicher zu treffen, schlägt B. vor, mit einem feinen Troikart im oberen Winkel zwischen linkem Sternalrand und dem 5. Rippenknorpel einzustechen.

Von besonderer chirurg. Wichtigkeit sind die Tafeln, welche die Verhältnisse des Peritoneums wiedergeben. Man übersieht sogleich, welche Stellen vom Bauchfell frei sind. Sodann betont B. besonders die Beweglichkeit des oberen Duodenumstücks, dessen Lage bekanntlich je nach dem Füllungsgrade des Magens wechselt. B. hat nachgewiesen, dass der Pylorus bei leerem Magen nahe der Mittellinie liegt, während derselbe bei starker Füllung des Magens mehrere Centimeter nach rechts hinüberrückt. Dieser Lageveränderung folgt das obere Stück des Duodenum's, dessen Mesenterium, d. h. das lig. hepato-duodenale, solche Ortsveränderungen ermöglicht. Ebenso folgt das mittlere, senkrecht verlaufende Stück des Duodenum den Bewegungen des daneben liegenden Colon ascend., indem dasselbe bei

starker Anfüllung des letzteren nach links zur Mittellinie verschoben wird, bei Entleerung des Colons aber wieder nach rechts hinüberrückt.

Bezüglich der Colotomie nach Callisen-Amussat ist zu bemerken, dass die gewöhnliche Angabe, dass das Colon descendens durch eine verticale Schnittführung am äusseren Rande des muscul. quadratus lumborum am sichersten zu finden sei, nicht unbedingt richtig ist. Etwa in der Höhe der Symphyse des 3. und 4. Lendenwirbels deckt der musc. quadratus lumbor. von hinten her das Operationsfeld und muss somit durchschnitten werden; nur bei übermässiger Ausdehnung des Darmes überragt letzterer etwas den äusseren Rand des erwähnten Muskels und ist direct zugänglich. Um nun zu eruiren, wie weit die Umschlagsstellen des Peritoneum durchschnittlich aus einander liegen und in wie weit ihre Lage zum Colon eine constante ist, hat B. Messungen angestellt. Es ergab sich für das Colon descendens nach Messungen an Durchschnitten von gefrorenen Leichen erwachsener Männer, dass diese Distanz in gerader Richtung, also nicht der Krümmung der Darmwand entsprechend, 20 — 25 Mm. betrug, wenn der Darm leer und eng zusammengezogen war; dass ferner die von Peritoneum nicht bedeckte Seite des Darmes nicht nach hinten, sondern nach einwärts gewendet war, genau gegen den Winkel, welchen musc. psoas und quadratus lumbor. bilden.

Bei aufgetriebenen Dünndärmen dagegen wird das Bauchfell zwischen Psoas und Colon ein Stück weit herabgetrieben und letzteres durch Zug der parietalen Bauchfellplatte etwas um seine Axe gedreht, so dass die vom Peritoneum unbedeckte Darmstelle mehr nach auswärts gewendet wird. Ist dagegen das Colon selbst aufgebläht, so kann die extraperitoneale Wand 50—60 Mm. breit werden. Auch das aufgetriebene Colon scheint durch den Meteorismus der Dünndärme nach aussen gedreht zu werden. Diese Thatsachen sind für die Colotomie von besonderem Interesse, um so mehr, als in $^1/_3$ aller Fälle von Colotomie nach Callisen-Amussat das Bauchfell verletzt wurde. Durch die Angaben B.'s dürfte eine Verletzung des Peritoneums eher vermieden werden können. —

Zum Schlusse seien noch die von B. nach dem Vorgange von Bonnet gemachten Gelenkinjectionen mit Kochsalzlösung erwähnt. Bezüglich des Kniegelenks kommt Verf. zu folgenden Resultaten:

1) Die Kniegelenke zeigen bei gleichem Grade der Beugung an verschiedenen Individuen eine sehr grosse Differenz der Capacität des Synovialraumes (Schleimbeutel).

2) Die Capacität des Synovialraumes erreicht bei einem bestimmten Grade der Beugung (durchschnittlich bei 20—30°) ihr Maximum.

3) Mit dem Maximum der Beugung fällt das Minimum der Capacität der Synovialhöhle zusammen.

Somit lehrt uns der 2. Satz, dass die Angabe Bonnet's, nach welcher das Capacitätsmaximum in der halbgebogenen Stellung eintritt, unrichtig ist; die beginnende Beugung ist nach Br. diejenige Lage, in der die Synovialhöhle das grösste Volumen besitzt. Ja schon eine

ganz geringe Beugung (von 10°) bedingt die relativ grösste Zunahme der Capacität. Auch die andere Angabe Bonnet's wird widerlegt, nach welcher die Extensionsstellung des Beines die geringste Capacität des Kniegelenks bedingen soll. Bei gestreckter Lage ist die Capacität des Kniegelenks viel beträchtlicher, als bei vollendeter Beugung. Für diese im Widerspruch mit Bonnet stehenden Angaben B.'s sprechen bekannte klinische Erfahrungen, indem gerade hochgradige Gelenkergüsse mit Extensionsstellung verlaufen (siehe auch Volkmann, Krankheiten der Bewegungsorgane 1865, p. 195).

Auch in das Hüftgelenk einer jugendlichen weiblichen Leiche injicirte B. Talgmasse von der Pfanne aus. Der in der Mitte amputirte Oberschenkel erhob sich und wurde auswärts rotirt. Nach dem Gefrieren der Leiche zeigte sich auf dem Frontalschnitt, dass zwischen Pfanne und Gelenkkopf eine 6 Mm. starke Schicht von Talgmasse lag. —

In gleicher Weise wurden am Schultergelenk Talginjectionen vorgenommen. An den Durchschnitten der gefrorenen Präparate zeigte sich der am unteren Ende amputirte Humerus in halb erhobener und etwas einwärts gerollter Stellung, welche er von selbst unter dem starken Injectionsdruck angenommen hatte. Die grösste Entfernung des Humeruskopfs von der Pfanne betrug etwas über 1 Cm.

Bei Injectionen in das Ellbogengelenk nahm letzteres halbe Beugestellung an und die Injectionsmasse vermochte auch hier die Gelenkflächen etwas von einander zu entfernen. **Tillmanns** (Leipzig).

M. Kaposi (Wien). Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der ätiologischen Beziehung kleinster Organismen (Micrococcus) zu den Infectionskrankheiten.

(Vierteljahrsschr. f. Dermatol. u. Syphilis, 1874, I. — Vortrag geh. im ärztl. Verein zu Wien am 22. April 1874.)

Wien. W. Braumüller.

K. giebt eine klare Uebersicht und gesunde Kritik des bisherigen Ganges der parasitologischen Forschung von Hallier bis auf die heutige Zeit. Er hebt darin als bezeichnend für die Unsicherheit der jeweiligen Ergebnisse die Andauer und neuerliche sehr beachtenswerthe Zunahme der fachmännischen Opposition hervor, welche gerade gegen die Grundlagen der Lehrmeinung von der organisirten Natur der Contagien mit den schärfsten Waffen anfechte. — Die botanischen Lehren Hallier's, Karsten's, Cohn's und Billroth's werden eingehend erörtert, und mit herben Worten »der Leichtsinn und die Frivolität, die Nonchalance und Anmassung« gegeisselt, mit welcher von einer ganzen Zahl von Arbeitern, auf der vermeintlichen Basis Hallier's weiterbauend, stündlich neue Entdeckungen in die Welt geschleudert und der ernsten Wissenschaft Hohn gesprochen wurde (siehe die Zeitschr. f. Parasitenkunde).

Von den zahlreichen, in den letzten Jahren stark gehäuften, anatomischen Beobachtungen über das Vorkommen niederer Organismen bei Krankheiten könne ein Theil, was ihre objective Grundlage und ihre Methodik anlange, einer strengen wissenschaftlichen Kritik nicht Stand halten, ein grosser anderer Theil jedoch involvire zunächst unstreitig eine Bereicherung unserer pathologisch-anatomischen Kenntnisse, ohne dabei die ätiologische Frage zu entscheiden. In wie weit in dieser Hinsicht die Impf- und Injectionsversuche als beweisend gelten könnten, sei, abgesehen von den höchst widerspruchsvollen Resultaten und der sehr discutirbaren Methodik, im Wesentlichen davon abhängig: 1) dass Pasteur's vitalistische Theorie sich als richtig erweise, und 2) dass die Gleichstellung der Vorgänge im kranken Organismus mit denen bei Fäulniss und Gährung aus inneren Gründen statthaft sei. Pasteur's Lehre aber wurde stets und werde noch jetzt bekämpft. Auch dürfe nicht unbeachtet bleiben, dass jene pathologischen Befunde vorwiegend postmortale seien, mithin wohl auch mit den dabei statthabenden Zersetzungsvorgängen in Zusammenhang stehen könnten, dass ferner dieselben Organismen auch im gesunden Körper gefunden seien und solches im eigenen Lager der Mycopathologen demonstrirt werde. Vielfache andere (theoretische) Erwägungen sprächen überdies a priori gegen eine parasitäre Wirkung der kleinsten Organismen.

Auf die umfangs- und ergebnissreichen Untersuchungen Billroth's (dieses Centralbl. 1874, No. 8, 10 und 11) geht K. des Näheren ein. Er betont schliesslich, dass die klinisch richtig gestellten Thatsachen den durch das Experiment und das Mikroskop gewonnenen Resultaten gegenüber unter allen Umständen ihre volle Bedeutung behalten. **Arn. Hiller** (Berlin).

Moncoq. (Caen). Transfusion instantanée du sang.

Paris, **A. Delahaye**, 1874. 2me éd. 8⁰ 318 S.

Der absichtsvolle Zweck vorliegender Monographie beruht in dem Wunsche des Verf., seinem Transfusionsapparate (Beschreibung cf. Centralblatt f. Chirurgie 1874, p. 364) die Priorität zu wahren gegenüber Modificationen, welche der Instrumentenmacher Mathieu zu Paris an Moncoq's Apparate als selbständige Verbesserungen angebracht hat. — Obigem Zweck zu Liebe will M. sowohl für die Männer der Wissenschaft wie für die Laien schreiben; aber gerade darum liefert er kein Ganzes, sondern eine Compilation zusammengewürfelter bald physiologischer, bald geschichtlicher Daten. — So verbreitet sich Verf. im Anfang ausführlich über seine Lebensgeschichte, über die Schicksale seines Apparates und die Entstehung vorliegenden Werkes. — Dann folgt eine Skizze über die Physiologie des Blutes, die Verf. laut eigener Angabe aus seinen bei Claude Bernard und Longet nachge-

schriebenen Collegienheften entlehnt hat. In den zwei nächsten mit grossen Titeln versehenen Artikeln wird entschieden, dass beim Menschen die Transfusion nur von Cubitalvene zu Cubitalvene stattfinden dürfe — um hieran die Topographie der Venen in der Ellenbogenbeuge zu schliessen. Der darauf folgenden geschichtlichen Entwicklung der Transfusion ist Klarheit und Geschick in der Darstellung nicht abzusprechen, doch kommen irgend wie neue Gesichtspunkte nicht zur Geltung. Es werden weiterhin die Thierversuche von Blundell, Prèvost und Dumas, von Milne-Edwards, von Dieffenbach und von Magendie besprochen, ganz besonders, um das Defibriniren des Blutes als durchaus verwerflich erscheinen zu lassen. — M. entscheidet sich auch, im Einklang mit den Angaben Malgaigne's und mit den Erfahrungen von Oré und Nicolas Duranty, gegen das gedankenlose und leider doch noch so häufig empfohlene Vorwärmen des Transfusionsblutes auf Körpertemperatur. — Es reiht sich an eine angeblich complette Zusammenstellung aller von 1818—1860 beim Menschen ausgeführten Transfusionen. Verf. selbst giebt aber die Unvollkommenheit seines statistischen Versuches zu und begnügt sich mit Schilderung einzelner Fälle, die ihm besonders interessant erscheinen. — Aus der zweiten Hälfte des Werkes haben wir kaum Neues zu berichten. M. erscheint als heftiger Gegner der Defibrination. Als Beweis führt er die Gegengründe Magendie's, Claude Bernard's, Chassaignac's und Béhier's an, letzterem völlig Recht gebend, wenn er das Schlagen des Blutes lieber als »Todt schlagen« desselben bezeichnen will. — Dann aber verfällt M. wieder in seinen erzählenden Styl, um von Neuem sein Instrument zu beschreiben und dessen Vorzüge hervorzukehren. Die vom Verf. in der Veterinärschule zu Alfort und in den Schlachthäusern der Grenelle angestellten Versuche an Pferden, Hunden, Kälbern, Schafen hatten nur den Zweck, die Brauchbarkeit des Apparats zu prüfen, sonst kein wissenschaftliches Interesse. — Und wiederum nur seinem Instrumente und zwei an demselben angebrachten Veränderungen für die Transfusion beim Menschen widmet M. eine lange Reihe von Capiteln. — Zur Transfusion zieht er das Blut von Männern vor, weil es reicher (woran?) ist, als dasjenige der Weiber. 80—120 Grm. sollen die genügende Blutquantität darstellen, um Anämische vom Tode zu retten, da das Blut zunächst die Rolle eines excitirenden und nicht die eines regenerirenden Mittels zu spielen habe. M. deutet selbst an, dass vielleicht das Transfusionsblut zunächst nur quantitativ durch Vermehrung der Flüssigkeitsmenge in den Gefässen und hiermit bedingte Steigerung des Blutdrucks wirke — gewiss eine sehr treffende Abstraction aus den Vorträgen Claude Bernard's. — Wir wollen nur noch die wichtigsten der Indicationen erwähnen, die Verf. für die Transfusion aufstellt, und zwar 1. die puerperalen Blutungen, 2. Blutungen nach anderweitigen Traumen, die plötzlich in beträchtlicher Menge auftreten. Hier könne man mehr Blut und rascher transfundiren, als bei anhaltenden und kleinen Blutverlusten, wo der

Organismus sich der verringerten Blutmenge bereits angepasst hat. 3. als Voract bei grösseren Operationen, die an erschöpften Individuen vorgenommen werden sollen. 4. Blutungen aus nicht exstirpirbaren Tumoren. 5. Haemophilie und Blutungen, wie solche bei Scorbut, Purpura haemorrhagica u. s. f. auftreten. Grössere und seltnere Blutverluste ergeben hier eine bessere Prognose, als kleine und häufig wiederholte Blutungen. 6. Chlorose und chronische Anämie aus verschiedenen Ursachen. 7. interne (Darm-, Blasen-, Dickdarm-)Blutungen, denen man schlecht beikommen kann. 8. Vergiftungen durch Kohlenoxydgas und andere Blutgifte. Doch bespricht M. gerade diese wichtige Indication nur beiläufig. Am Ende des Werkes folgen Abdrücke aus verschiedenen med. Zeitschriften, worin mit Moncoq's Apparat glücklich am Menschen ausgeführte Transfusionen beschrieben werden. Auch die bezüglichen Verhandlungen in der Academie der Wissenschaften werden getreulich wiedergegeben, ebenso ein Brief desjenigen Arbeiters aus der Werkstätte von Charrière, dem Verf. die ersten Aufträge für Ausführung seines Instrumentes gegeben hat. — Den Schluss bildet eine grosse Tafel in Placatenform, worin Verf. dem Leser nochmals mit lakonischen Randbemerkungen seine Transfusionsapparate demonstrirt und deren Unterschied im Vergleich zu den Imitationen Mathieu's besonders scharf hervorhebt. — **Lesser** (Berlin).

E. Kuester. Ueber die directe arterielle Thierblut-Transfusion.

(Arch. für klinische Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3. p. 385—405.)

Acht hoffnungslose Fälle: eine Oberschenkelschussfractur mit Nieren-Degeneration, vier Lungenphthisen, zwei Phthisen mit Mastdarmfisteln und Fingercaries, ein Typhus mit Darmblutungen, gaben die Veranlassung, die directe arterielle Hammelbluttransfusion mittelst des Schliep'schen Transfusors (cf. Centralbl. f. Chir. No. 4 p. 61) 12 Mal zu versuchen. Zehnmal wurde die Art. radialis, zweimal die Tibialis postica benutzt.

Im Verlaufe der Operation zeigten sich, ausser Veränderungen in der Sensibilität, Farbe und dem Volum der zur Transfusion benutzten Extremität, heftige Kreuzschmerzen und eine starke Dyspnoe, während $^1/_2$—1 Stunde später Fiebersteigerung und Schüttelfrost sich einstellten. 5—6 Stunden danach besserten sich jedoch alle Beschwerden. Blutiger Urin wurde nur einmal, eiweisshaltiger öfter nachgewiesen.

Alle Kranken gingen zu Grunde und keinem wurde länger als auf 10—14 Tage ein wahrnehmbarer Nutzen geschaffen. Dagegen hat möglicherweise der Eingriff als solcher einmal durch eine ihm

3 Wochen später folgende Haemoptoe, ein andermal durch eine dauernde Erhöhung des Fiebers Schaden gestiftet. Die nach Wiederauftreten der Krankheitssymptome wiederholte Transfusion hat fast in keinem Falle Besserung herbeigeführt. Im Gegentheil schien eine etwa schon vorhandene Neigung zu serösen Transsudationen noch erhöht zu werden.

Von den bei der Operation sich einstellenden Beschwerden scheint vorläufig nur die Dyspnoe einer Erklärung fähig und auf den grossen Kohlensäurereichthum des Hammelbluts zurückgeführt werden zu müssen. Dafür spricht, dass dieselbe geringer wurde, wenn man den Kranken comprimirte Luft athmen liess oder ventilirtes (vor der Operation apnoisch gemachten Thieren entnommenes) Hammelblut verwendete, endlich das Fehlen jeder Dyspnoe, wenn man Menschenblut direct aus einer Arterie in die des Kranken überleitete (directe doppelt-arterielle Menschenbluttransfusion). Zwei in dieser Weise unternommene Operationen hatten wohl Schüttelfröste und Fiebersteigerung, aber keine Dyspnoe im Gefolge. Als Indicationen für die Transfusion sieht K. an:

1) acute Anämieen, 2) chronische bei Chlorose oder lang dauerndem Säfteverlust, falls die Quelle des Verlustes der Therapie zugänglich ist; 3) chronische Bronchialkatarrhe ohne anderweitige Lungendegeneration; 4) heilbare mit Erschöpfung verbundene Magen- und Darmkrankheiten; 5) heilbare acute mit Erschöpfung einhergehende Krankheiten; 6) unter Umständen Pyaemie und Septikaemie; 7) Kohlenoxydvergiftungen, falls Menschenblut zu haben ist.

Wilh. Koch (Berlin).

Fochier. Die Entleerung der Harnblase durch Aspiration.

(Lyon méd. 1874. Bd. 17. p. 406.)

F. kommt in seiner Arbeit, welche die bekannte Literatur berücksichtigt, gestützt auf eigene Erfahrungen zu dem Schlusse, dass die capilläre Punction an Stelle des Cathetrismus zu setzen sei, wenn derselbe bei vollständiger oder partieller (!) Harnverhaltung unmöglich, sehr schwer (!), gefährlich, oder sehr schmerzhaft (?) sei, oder wenn der Harn seinen Weg nicht durch die Harnröhre nehmen soll. Nachdem die Unschädlichkeit des Verfahrens und seine einfache Technik dargelegt ist, subsummirt F. unter jene Indicationen folgende Zustände: 1) Prostata-Hypertrophie, welche den Cathetrismus durch abnorme Deviation, oder klappenartigen Verschluss der pars prostat. urethrae, oder durch acute Schwellung verhindert; hier wird durch die Entleerung der Blase zugleich die Richtung der Harnröhre geändert und dem sich in der Gegend der Prostata anstauenden Blute der leichtere Rückfluss ermöglicht. — 2) Frische falsche Wege bei voller Harnretention. — 3) Schleimhautverletzung

resp. Entzündung durch schwierigen Cathetrismus verursacht. — 4) Grosse Schmerzhaftigkeit, die den Cathetrismus unausführbar macht. — 5) Partielle Harnretention, wenn der Cathetrismus schwierig, schmerzhaft oder gefährlich ist. — 6) Entzündliche Affectionen der Harnröhre (Gonorrhoe) und ihrer Umgebung (?). — 7) Traumatische Harnröhren-Ruptur und spontan oder chirurgisch entstandene Eröffnung der Harnröhre bei Gegenwart ammoniakalischen Urins. — 8) Impermeable Strictur zumal bei Anwesenheit falscher Wege. — Bei Frauen könnte die Punction in Frage kommen, wenn der Cathetrismus nicht ausführbar ist, so 1) während der Geburt, 2) bei Retroversio uteri in der Schwangerschaft und endlich 3) bei Beckentumoren. — **Pilz** (Stettin).

Ernst Heyder. Die antiseptische Behandlung der Mastitis nach Lister.

(Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie III. 3. Berlin. 1875.)

Verf. empfiehlt entgegen der bisherigen Behandlungsweise mit Cataplasmen etc., auf Grund einer Reihe auf der Klinik Bardeleben's beobachteter Fälle, die bei abscedirender Mastitis nöthigen Incisionen und Verbände streng nach Lister vorzunehmen. Der Eiterungsprocess verläuft schneller; das Fieber fällt schnell ab; Schmerzen treten nicht ein; eine einmalige Incision ist meist genügend.

Von 18 Fällen verliefen 8 normal, 10 abnorm. Die normalen Fälle hatten eine durchschnittliche Heilungsdauer von 13 Tagen. Bei einem Falle wurde eine 2. Incision nöthig, ein anderer Fall brauchte 39 Tage zur Heilung (intercurrente Entbindung); fünf andre Fälle waren mit andern fieberhaften Krankheiten complicirt und machten wiederholte Incisionen nothwendig.

Verf. empfiehlt die Einführung der Methode besonders in die Privatpraxis wegen ihrer für alle Betheiligten sehr viel grössern Annehmlichkeit. **Leopold** (Leipzig).

Kleinere Mittheilungen.

Bryant. Behandlung von Aneurysmen. Gefässunterbindungen.

(The Lancet 1874. Vol. 2. p. 515, 728, 833 und ibid. 1875. Vol. 1. p. 12 und 47.)

B. bespricht unter Zugrundelegung einschlägiger Fälle aus dem Guy's Hospital die Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen (Aneurysmen) an Arterien und betont hierbei, dass nach Fehlschlagen der Compression (mit Zuhülfenahme von subcutanen Morphium-Einspritzungen und Anwendung von Kälte) die centrale Ligatur mit carbolisirtem Catgut auszuführen sei, dass die Methode des Antyllus — von Syme in dem bekannten Falle von Aneurysma der Carotis ausgeführt und

empfohlen — nur ihre Berechtigung bei traumatischen Aneurysmen finden könne, da bei den nicht traumatischen das ein- und ausmündende Gefässrohr meist mit erkrankt sei und sich darum zur Anlegung von Ligaturen nicht eigne. Für diese Methode sei Esmarch's Bandage ein wichtiges Hülfsmittel; aber auch nur für sie allein (?).

Die hierbei erwähnte Casuistik (wohl schon theilweis publicirt, Ref.) betrifft:

Fall 1) Popliteal-Aneurysma eines 31jähr. gesunden Mannes, der vor 4 Wochen beim Aufheben eines schweren Sackes plötzlich Schmerz im rechten Knie empfand. Schnelle Ausbildung des Aneurysma. Eine 3tägige intermittirende Digitalcompression der Femoralis bewirkte Heilung. Beide Tibiales pulsiren.

Fall 2) Popliteal-Aneurysma eines 32jähr. mehrfach erkrankt gewesenen Mannes (Syphilis) wird nach Fehlschlagen mehrtägiger Compression erfolgreich mit Ligatur der Femoralis behandelt.

Fall 3) Verletzung der Art. brachialis, Torsion beider Enden in der Wunde. Heilung.

Fall 4) Stichwunde der Art. radialis; Aufsuchung in der Wunde, Durchschneidung der Arterie und Torsion beider Enden. Heilung.

Fall 5 u. 6) Traumatische Aneurysmen der Radialis. Eröffnung des Sackes. Torsion beider Arterienenden. Heilung.

Fall 7) Traumatisches Aneurysma der Temporalis, Eröffnung des Sackes. Torsion beider Enden. Heilung.

Fall 8) Diesem schliesst B. p. 586 eine Ligatur der Femoralis an wegen Elephantiasis des rechten Beines bei einer 45jähr. Frau, die England nie verlassen hatte. (Die während 4 Monaten im Hospitale erreichte »Besserung« dürfte unter den gewöhnlichen Lebensverhältnissen ausserhalb des Hospitales, wie fast in allen ähnlichen Fällen, schwerlich eine dauernde sein. Ref.)

Fall 9) Aneurysma der Femoralis über das Lig. Poupart. hinaufreichend, wird, nachdem 11stündige Compression der Iliaca keine Wirkung gehabt, erfolgreich durch Ligatur der Iliac. ext. behandelt; beide Tibial. ohne Pulsation.

Fall 10) Aneur. der Femor. über das Lig. Poupart. reichend, seit 1 Monat bemerkbar (vor 9 Monaten Stoss in der Weiche erhalten; Art. radial. rigid) wird vergeblich durch Compression behandelt; Ligatur der Iliac. ext. erfolgreich; am 3. Tage die Temperatur der Extremität um 4,6° F. niedriger, als die Körpertemperatur. 4 Tage vor der Entlassung Nachblutung aus der Operationswunde, ohne weiteren Bericht (!). **Pilz** (Stettin).

Sydney-Jones; Mc. Cormac. Digital-Compression bei Aneurysmen.

(The Lancet 1874. Vol. 2. p. 693 und 866.)

S.-J. erreichte bei einem Popliteal-Aneurysma nach 24 Stunden volle Pulslosigkeit desselben; die $9^1/_2$ Stdn. weiter fortgesetzte Compression sollte nur grössere Festigkeit der Gerinnungen herbeiführen; 3 Tage nach eingehaltener 14tägiger Ruhelage im Bette, während welcher Zeit der über hühnereigrosse Sack sich bis auf Wallnussgrösse verkleinert hatte, verliess Pat. geheilt das Hospital. Die Art. tibial. post. zeigte keinen Puls, wohl aber die antica.

Mc. C. konnte schon nach 17stündiger Digitalcompression die Pulslosigkeit in einem Poplitealaneurysma beobachten; aus Vorsicht wurde die Compression weitere 7 Stunden fortgesetzt. Heilung.

Nicht so prompt war der Erfolg bei einem traumatischen Aneurysma der Ulnaris, das seit 1 Monat bestand. Compression der Brachialis bewirkte nach 32 Stunden volle Pulslosigkeit im Aneurysma; als nach einigen Tagen von Neuem Pulsation im Aneurysma eintrat, schaffte eine 38stündige Digitalcompression der Brachialis scheinbar Heilung, aber schon nach 4 Tagen pulsirte das Aneurysma wieder, jetzt genügte eine 24stündige Compression der Radialis (?) zur dauernden Heilung.

Pilz (Stettin).

G. Sawostitzky. Zur Therapie des Croup.

(Verhandlungen d. chirurg. Gesellschaft zu Moskau 1875. 1. Theil, p. 53, russisch.)

Verf. hat 100 Tracheotomieen ausgeführt, darunter bei Kindern infolge von Croup 17, 10 bei Knaben, 7 bei Mädchen. Alle befanden sich im Alter von 2—10 Jahren. Unter diesen 17 Fällen zählt er 6 glückliche Ausgänge, welche 4 Knaben von $2^1/_2$, 4, 5, 10 Jahren und 2 Mädchen von 4 und 5 Jahren betreffen; im Ganzen also $34^1/_4$% guter Ausgänge. Die Nachbehandlung bei Tracheotomie besprechend, empfiehlt Verf. eine feuchte Zimmertemperatur von 16—17° R., um das Eintrocknen des Schleimes in der Röhre und den Luftwegen zu verhüten. Er erreicht dies durch Pulverisation von Wasser, durch Aufhängen feuchter Handtücher, durch Wasserdämpfe. Zur Auflösung der in den Luftwegen befindlichen croupösen Membranen gebraucht Verf. Pulverisationen aus Aqua Calcis in die Röhre. 2 Fälle, in denen er diese Nachbehandlung methodisch anwandte, verliefen äusserst günstig. Alle Fälle wurden in sehr später Periode des Croup operirt.

W. Grube (Charkow).

S. J. Kostarév. Ueber Tracheotomie.

(Ibid. p. 58.)

K. berichtet über die Resultate von 12 von ihm ausgeführte Tracheotomieen, darunter 5 bei Kindern, bedingt durch Croup und Diphtheritis; unter den letzteren hatte er 3 lethale Ausgänge. Von den anderen 10, welche er unter anderen Indicationen ausführte, waren 5 erfolglos. Beim Croup dringt Verf. auf möglichst frühe Ausführung der Operation. Die Kinder, bei denen er die Operation vor Ablauf der ersten 24 Stunden nach dem ersten croupösen Hustenanfall machte, wurden schnell und vollständig gesund; während die lethalen Fälle erst in der zweiten Woche zur Operation kamen. Einzelne Fälle werden ausführlicher besprochen.

W. Grube (Charkow).

N. J. Stukowenkoff. Ueber Tracheotomie.

(Ibid. p. 65.)

Unter 14 von St. ausgeführten Tracheotomieen betreffen 6 den Croup, darunter endigten 3 lethal. Da alle von St. operirten Croup-Kranken in ziemlich gleichem Zustande ausgesprochener Cyanose sich befanden, so spricht er auch der spät ausgeführten Tracheotomie nicht den möglichen Erfolg ab. Fast in allen Fällen, ausser einem (Laryngotomia), wurde die Tracheotomia inferior gemacht.

W. Grube (Charkow).

L. M. Pollitzer (Wien). Ueber die der Dentition zugeschriebenen Krankheiten und ihre Zulässigkeit in der Pathologie.

(Wien. med. Wochenschrift 1874, No. 49, 50 u. 51.)

Gegen A. Vogel's Ansicht und Ausspruch (im Abschnitt »Krankheiten der Mundhöhle« in Ziemssen's Sammelwerk unter dem Titel dentitio difficilis mitgetheilt), dass die Dentition Quelle der mannigfaltigsten Krankheiten sei, polemisirend, unterwirft P. 1) die von V. der Dentition zugeschriebenen Krankheitsformen der Kritik und knüpft 2) daran die principielle Untersuchung, ob den fraglichen Dentitionskrankheiten überhaupt Stelle in der Pathologie einzuräumen sei. Mit scharfer Kritik werden die an betreffender Stelle erwähnten und von Vogel mit der Dentition in genetischen Zusammenhang gebrachten »Zahnkrankheiten« (Stomatitis catarrhalis und ulcerosa, Conjunctivalblenorrhoe, Diarrhoe, Hauteruptionen, Eclampsie und Nervenleiden) als solche aus der Welt geschafft.

v. Mosengeil (Bonn.)

J. Szeparowicz (Lemberg): Neuralgia nervi inframaxillaris; Operation nach Parravicini; Heilung.

(Przegląd lekarski 1875. No. 1. polnisch.)

Ein 50jähriger Mann litt seit 5 Jahren an Neuralgie des rechten Unterkiefernerven. Fruchtlose Anwendung aller möglichen Palliativmittel. Hierauf Neurec-

tomie nach oben bezeichneter Methode. Die Aufsuchung des Nerven und seine Unterscheidung vom nervus lingualis machten keine Schwierigkeiten; bei der Herausbeförderung riss jedoch der Nerv entzwei, es wurde aber mit Pincette und Scheere ein Theil von ihm herausgeschnitten. Die Wundheilung wurde durch Eitersenkung nach dem Halse aufgehalten; doch konnte Pat. am 28. Tage nach der Operation entlassen werden. Nach 6½ Monaten kein Recidiv.

Obaliński (Krakau).

C. D. Green. Cases of hydrocele complicated with varicocele and cystocele, treated with Ergotin and tincture of perchloride of iron.

(Phil. med. Times 1874. No. 162 p. 149 u. ff.)

In die Hydrocelensäcke wurden nach vorgängiger Entleerung der Flüssigkeit 0,03—0,06 Ergotin auf 20 Tropfen Wasser, in die Venenconvolute mehrere Tropfen Liquor Ferri injicirt. Aus einer Reihe von 35 so behandelten Fällen wurden, um die Gefahrlosigkeit dieses Verfahrens zu bekräftigen, nur vier genauer beschrieben: eine Hydrocele der Tunica vaginalis und des Funiculus spermaticus, eine ebensolche mit Epiplocele complicirte, endlich 2 Hydrocelen, bei welchen gleichzeitig Varicocele vorhanden war und das Ergotin und der Liquor Ferri zusammen in Anwendung kamen. Das regelmässige Resultat ist, dass allemal unter nur schwachen Reactionserscheinungen der Erguss schnell und wie es scheint für immer verschwindet. Aus Controlle-Thierversuchen glaubt Verf. gleichzeitig eine Verwachsung der beiden Blätter der Vaginalhaut annehmen zu können, die so innig ist, dass es kaum gelingt, die Serosa von der Albuginea anatomisch zu unterscheiden. (Wie oft das Ergotin injicirt wurde, bis es zu dieser ausgedehnten Verwachsung kommt, ist aus dem Original nicht zu entnehmen. Ref.)

Wilh. Koch (Berlin).

Cousins. Grosse Lebercyste täuscht einen Ovarialtumor vor. Operation. Tod.

(British med. Journal 1874. 6. Decbr.)

Die 27jährige, kinderlose Frau bemerkte angeblich nach einem in den ersten Monaten der Verheirathung erfolgten Abort ein Stärkerwerden des Unterleibes und Dubliner Aerzte versicherten das Vorhandensein eines beweglichen Tumors in der rechten Seite und hatten, wie C. erst später erfuhr, von Operation abgerathen. Der jetzige Befund liess C. die Diagnose (deren ausführliche Motivirung im Originale einzusehen ist) auf Ovarialtumor stellen, der eincystig, lang gestielt und wenig Verwachsungen mit Bauchorganen eingegangen sei. Bauchschnitt, Punction der Cyste — grünlicher Inhalt nicht untersucht —, Tumor ist unten ganz frei, hängt nach oben mit der Leber fest zusammen, Abtrennung. 36 Stunden nach der Operation Tod, vorher viel Erbrechen. Section ergab nur Spuren von Peritonitis und den Zusammenhang der Cyste mit dem unteren Leberrande. —

Pils (Stettin).

J. B. Ullersperger. Die Anwendung der Electricität bei Behandlung der Geisteskrankheiten.

München, J. A. Finsterlin, 1875. 8. 51 S. — Preisschrift.

Verf. sucht, an der Hand einer umfassenden Kenntniss der einschlägigen Literatur, die Wichtigkeit und den Heilwerth der Electro-Galvanisation für die Behandlung mancher Psychosen rationell zu begründen.

Arn. Hiller (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 12. Sonnabend, den 20. März. 1875.

Fall von Syndaktylie geheilt durch Dittel's elastische Ligatur.

Von

Dr. Martin Vogel,
praktischer Arzt in Eisleben.

F. D., ein schwächliches Zwillingskind, geb. am 11. Aug. 1874, wurde mir Mitte November v. J. von seinen Eltern zur Behandlung überwiesen, weil an jeder Hand der 3. und 4. Finger verwachsen war.

Bei der Untersuchung ergab sich an der linken Hand, dass die Haut über die beiden gleich langen Finger an der Dorsalseite gleichmässig und ohne Andeutung einer Furche hinwegging. Die Gelenk-

falten hatten das Aussehen, als wenn sie nur einem Finger angehörten. Die Nägel waren auf der äusseren Seite stark gewölbt, auf der inneren Seite hatten sie sich jedoch in verticaler Richtung gegenseitig stark abgeplattet, so dass man in die trennende Furche höchstens ein starkes Blatt Papier einbringen konnte. Auf der Volarseite hatten die Finger eine gemeinsame Kuppe ohne ein Unterscheidungsmerkmal; ebenso waren die Gelenkfalten gemeinsam; doch verlief von der Basis der letzten Phalanxen bis zur Stelle der Fingercommissur eine röthliche nicht tiefe Linie, welche hier die Theilungsstelle der Finger und den Fingerwinkel andeutete. Die gemeinsamen Fingergelenke waren leicht beweglich, auch konnte man in der Gegend der mittleren Phalangealgelenke die Finger seitlich etwas gegen einander verschieben. Dies gelang jedoch an der dritten Phalanx nicht, denn hier waren die Basisenden durch eine breite knöcherne Verwachsung zu einer einzigen Phalanx verschmolzen. Im Uebrigen waren die Finger von zierlichem Bau, ebenso die Hände und die nicht verwachsenen Finger. An der rechten Hand existirten dieselben Verhältnisse, nur waren hier die Nägel weniger aneinander gepresst, und die gemeinsame dritte Phalanx etwas breiter.

Die Chancen für die Operation nach den bisher üblichen Methoden waren nach diesem Befunde sehr misslich. Bei Trennung der Finger mit dem Messer würden verhältnissmässig sehr breite Wundflächen entstanden sein; aber abgesehen davon würde die Trennung der knöchernen Verwachsungen nur mit den grössten Schwierigkeiten möglich gewesen sein, und es war vorauszusehen, dass heftige Entzündung der Finger folgen würde, welche gewiss deren Erhaltung in Frage gestellt hätte. Ich entschloss mich deshalb, einen Versuch mit Dittel's elastischer Ligatur zu machen, von deren vorzüglicher Wirkung ich mich in anderen Fällen schon überzeugt hatte. Am 28. Novbr. begann ich damit, dass ich eine Wundnadel oberhalb des letzten Phalangealgelenks zwischen den Fingern durchstach, in welche ein Gummifaden eingefädelt war. Der Faden wurde fest zusammengezogen und geknüpft, dabei Sorge getragen, dass seine Druckfurche genau in die Mitte zu liegen kam. Der Schmerz bei der kleinen Operation war sehr gering, auch wurde kein Blut dabei verloren. In den ersten Tagen befand sich der kleine Patient sehr wohl. Die Ligatur bildete durch Einwärtsziehen der Haut zwei Fingerkuppen, auch die Nägel waren deutlich getrennt. Darnach stellten sich aber Entzündung und leichte Fiebererscheinungen ein, auch begann die Stichwunde etwas zu eitern. Ich spritzte das Terrain täglich mit Wasser aus und verband mit Carbolöl. Am 5. Tage war Alles bis auf den Knochen durchschnitten; auch dieser war am 8. Tage durchtrennt, nachdem ich zur stärkeren Spannung des Fadens ein Heftpflasterröllchen untergeschoben hatte, welches quer über die Kuppen gelegt war. Die Haut war so nach der Durchschnittsstelle hereingezogen, dass die Wundfläche nur halb so gross war, als sie bei einer Trennung mit dem Messer hätte

ausfallen müssen. Zudem war, noch während der Faden im Durchschneiden war, Narbensubstanz in die Trennungsstelle hineingewachsen.

Nun ging ich weiter vorwärts. Ich stach eine Nadel in der Gegend der ersten Phalangealgelenke von oben und hinten schräg nach vorn und unten, so dass die Nadelspitze auf der Volarseite gerade in der erwähnten Andeutung des Fingerwinkels austrat. Den Gummifaden legte ich durch den Wundwinkel der schon getrennten Partieen und knüpfte fest zu. Einige Tage nach der Operation entzündeten sich die Finger stark, der Kleine fieberte etwas, und es bildete sich ein bohnengrosser Abscess am 4. Finger, den ich öffnete. Die Ligatur lag 5 Tage bis sie durchgeschnitten hatte, und war von mir, da sie nicht mehr genügend einschnitt, nochmals fester geknotet worden. (Das Lösen des Knotens gelingt leicht, wenn man die Fadenenden stark anzieht. Dadurch entsteht ein Zwischenraum in der Mitte des Knotens, und man kann nun denselben vermittelst einer eingeschobenen Nadel etc. lösen.)

Die Finger wurden nun in gespreizter Stellung mit Heftpflasterstreifen auf einer Pappschiene befestigt, die Wunde fleissig ausgesprizt und mit Carbolöl verbunden. Die Vernarbung ging rasch von Statten.

Um die Wiederverwachsung vom Wundwinkel aus zu verhüten, legte ich gleich nach der vollendeten Trennung der Finger einen Gummifaden in denselben ein, welcher an einem um das Handgelenk gebundenen Bande angeknüpft und sehr mässig gespannt erhalten wurde. Nach Verlauf von wenigen Wochen gestalteten sich die anfangs noch etwas unförmlichen Finger derart normal, dass man nur bei genauem Zusehen schmale Narbenstreifen an der Innenfläche verlaufen sieht. Die obere Commissur erstreckt sich auf der Dorsalseite etwas weiter nach vorn, als gewöhnlich; auf der Volarseite dagegen befindet sich der Winkel vollkommen an der richtigen Stelle.

Nachdem ich dem kleinen Patienten einige Wochen Zeit gelassen hatte, sich zu erholen, begann ich am 9. Jan. d. J. auch die rechte Hand zu operiren. Der Verlauf war im Ganzen ebenso wie an der linken; nur kam es zu keinen nennungswerthen Entzündungserscheinungen und zu keiner Eiterbildung; auch war der ganze Verlauf viel milder. Dies schreibe ich dem Umstande zu, dass ich mich anstatt der Carbolsäure der Salicylsäure bediente, und die Operation in drei verschiedenen Ligaturen, für jede Phalanx eine, nach und nach beendigte. Anfangs März waren auch diese Finger als vollständig normal im Aussehen und bezüglich der Function zu bezeichnen.

Nach diesem Resultate glaube ich diese Operationsmethode für alle Fälle von Syndactylie empfehlen zu können, da die Operation 1) bei grosser Leichtigkeit der Ausführung vollkommen gefahrlos ist, 2) man sich durch breite Verwachsung der Finger und Unzulänglichkeit der Haut nicht von der Operation abschrecken zu lassen braucht, 3) man durch sie die mit Recht bisher gefürchtete Wiederverwachsung am leichtesten erfolgreich verhüten kann.

Feser. Salicylsäure und ihre therapeutisch wichtigen Eigenschaften.

(Arch. f. wissenschaftliche und praktische Thierheilkunde 1875. Bd. I. Hft. 1.)

Zu Waschungen, Injectionen, Tränkung von Verbandstücken etc. genügt die gesättigte wässerige Lösung (0,4%). Beliebig stärkere Dosirung ermöglicht man durch Zusatz von absolutem Alkohol. Zur Desodorisirung jauchiger Wunden, Geschwüre etc. benutzt man die Salicylsäure in Pulverform rein, resp. durch Zusatz von Stärke, Kohlenpulver etc. beliebig verdünnt, oder eine 10—25%ige alkoholische Lösung. Reizung der Wunden ist, ausser durch letztere Art der Application, minimal.

Zum innerlichen Gebrauch reichte Verf. grossen Hausthieren von der wässerigen Lösung 5—10 Liter täglich als freiwillig aufzunehmendes Getränk (kleine Dosis). Grössere Dosen (für Schafe z. B. 5—30 grm. pro die) verabfolgte er als Schüttelmixtur mit oder ohne schleimige Einhüllung oder in Pillenform. Ein Pferd bekam 3 Tage hinter einander je 100,0 Salicylsäure ohne die geringste schädliche Allgemeinwirkung (Temperatur, Puls, Respiration, Urinsecretion etc. beobachtet), nur störte die Arrosion der Mundhöhlenschleimhaut, da das Mittel unpassend als Latwerge gegeben war. Man vermeide die gleichzeitige Verabfolgung von Eiweiss, Halogenen, Mineralsäuren, kohlensauren Salzen und Eisenpräparaten.

Betreffs der physiologischen Wirkung der Salicylsäure erfahren wir, dass bereits im Jahre 1855 Bertagnini (nuovo Cimento I, 363) hierüber Untersuchungen am Menschen anstellte. Derselbe bekam nach 7 grm., binnen zwei Tagen in Dosen zu 0,25 innerlich gegeben, Ohrensausen und Betäubungsgefühl und constatirte die schnelle Wiederausscheidung des Mittels durch den Urin (theils unverändert, theils als Salicylursäure). Die Resultate einer kleinen Reihe einschlägiger Thierexperimente Verf.'s sind folgende: bereits 10—20 Min. nach der ersten innerlichen Salicylsäuredosis violettblaue Verfärbung des Urins durch Eisenchloridzusatz. Ausbleiben der Reaction 24—36 Stunden nach der letzten Dosis. (Daher grosse, rasch auf einander folgende Gaben!) Vermehrte Diurese und Nierenreizung nie beobachtet. Ebensowenig örtliche Veränderungen im Magen und Darm eines Schafes, welches 35,0 salicylsauren Natrons (s. u.) genossen hatte. In keinem Falle trat Durchfall ein und niemals liess sich die innerlich gegebene Salicylsäure im Koth nachweisen. In die Milch scheint das Mittel nicht überzugehen (ein Kuhexperiment). Dagegen gaben Pleura- und Herzbeutelflüssigkeit eines nach 10 Stunden obducirten Schafes, sowie das Aderlassblut des mit 100 grm. pro die behandelten Pferdes deutliche Salicylreaction.

Die von Kolbe zuerst hervorgehobenen gährungs- und fäulnisswidrigen Eigenschaften der Salicylsäure konnte Verf. durch Wiederholung der Experimente bestätigen und fand derselbe, dass dem, ob-

wohl löslicheren salicylsauren Natron die fraglichen Eigenschaften in geringerem Maasse zukommen, als der freien Säure.

Von grossem Interesse sind folgende Experimente:

1) Einem Mutterschaf wurden 6 Cbcm. einer putriden Fleischflüssigkeit unter die Haut gespritzt. Zweien gleichen Thieren dieselbe Menge derselben Flüssigkeit, vermengt mit 12 Cbcm. einer wässerigen Salicylsäurelösung. Das erste Versuchsthier verendete am 3. Tage. Die beiden letzten zeigten weder local, noch allgemein die geringste Störung.

2) Zwei Jährlingslämmer erhielten obige Dosis einer gleichen Infectionsflüssigkeit subcutan und dabei innerlich das eine 20,0 — das andere 40,0 Salicylsäure, auf 3 Tage vertheilt in wässeriger Lösung. Beide erkrankten erheblich, waren jedoch am 3. Tage als geheilt anzusehen, während zwei weitere Versuchsschafe derselben Reihe trotz 40,0 grm. salicylsauren Natrons an putrider Infection am 3. Tage zu Grunde gingen.

3) Von zwei an putridem Kalbefieber erkrankten Kühen ging die eine, mit Chinin behandelte, ein. Die andere, welche täglich 25,0—50,0grm. Salicylsäure innerlich als Schüttelmixtur und gleichzeitig Salicylinjectionen in den Uterus erhielt, genas nach wenigen Tagen.

Verf. hofft gegen alle infectiösen Krankheitszustände von der Salicylsäure (äusserlich wie innerlich) mehr, als von Chinin, Hyposulfiten und Carbolsäure, da jene ohne Nachtheil eine viel stärkere Dosirung gestattet, als letztere. Zum Schluss empfiehlt er die S., um verdorbenes Trinkwasser geniessbar, resp. unschädlich zu machen.

Rupprecht (Halle).

S. Biffi und A. Verga. Sulla inoculabilità della tubercolosi.

(Gazz. med. ital. Lombardia. (1874). No. 52 (1875) No. 3.)

Die beiden Forscher hatten schon vor Jahren Versuche über die Impfbarkeit der Tuberkulose angestellt. Aus diesen und aus vielen neuen Experimenten, die sie seither hinzufügten, gelangen sie zu folgenden Schlussresultaten:

1) Impft man grauen menschlichen Tuberkel oder den Detritus aus Lungencavernen in's Unterhautzellgewebe von Kaninchen, so entwickeln sich bei diesen Tuberkel in der Lunge, selten in der Leber, unter gleichzeitiger Abmagerung, Anämie und Leukocytose. Diese Veränderungen treten intensiver und rascher auf, wenn der Impfstoff direct in die Venen des Thieres injicirt wurde.

2) Beim Maulesel blieb die subcutane Injection erfolglos; beim Pferde kann die venöse Injection der Tuberkelflüssigkeit binnen weniger als 2 Monaten Lungentuberkulose erzeugen.

3 u. 4) Bei Kühen, Schafen, Hunden und Katzen bleiben die subcutanen Einspritzungen erfolglos. Beim Hunde bleiben auch die venösen Injectionen ohne Resultat.

5) Bei Hühnern gelang es in keiner Weise Tuberkulose zu erzeugen.

6) Die Tuberkel der Rinderperlsucht sind bei Kaninchen wirksamer, als menschliche Tuberkel; dahingegen blieben sie als Futter bei Pferden wirkungslos.

7) Der graue Tuberkel des Pferdes wirkt beim Kaninchen milder, als der menschliche Tuberkel.

8) Bei Katzen und Kaninchen blieb die Inoculation in's Unterhautzellgewebe und in die Peritonealhöhle erfolglos bei Anwendung von käsigem Eiter, von Muskel-, Krebs-, Papierstückchen, von Zinnober-, Minium-, Dextrinpulver etc. Um diese Fremdkörper fand man eine Ablagerung von käsiger Masse.

9) Die venöse Injection von Russstaub bei Kaninchen hatte nach 6 Monaten noch keine Tuberkulose veranlasst, obwohl man in den Lungen die Usspartikelchen deutlich erkannte. **Menzel** (Triest).

R. Thoma. Beitrag zur Physiologie der Kittleisten des Epithels.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1875. No. 2.)

Durch Injection einer Lösung von reinem indigschwefelsaurem Natron bei constantem Druck in die Vena mediana der Froschzunge, während die letztere und die Gaumenschleimhaut gleichzeitig mit einer $1^1/_2$%igen Lösung von Chlornatrium injicirt werden, bringt man es dahin, dass sich das Indigo in die Kittleisten des Epithels ablagert. Das Bindegewebe der Zunge wird auch schwachblau gefärbt, während die Muskulatur und das Epithel ungefärbt bleiben. Während des Versuches (am lebenden Thiere) erweitern sich die Gefässe stark und das Blut zeigt eine schwache Blaufärbung. Genauere Mittheilungen werden in Aussicht gestellt.

A. Bidder (Mannheim).

Charcot. Des arthropathies des ataxiques. Des lésions osseuses chez les ataxiques.

(Gaz. des hôpitaux 1875. No. 9. u. 12.)

Im Jahre 1868 machte Ch. zuerst auf den Zusammenhang gewisser Erkrankungen der nervösen Centralorgane mit Leiden der Knochen und Gelenke aufmerksam (Archives de physiologie). Als »Arthropathies spinales« beschrieb er eine Gruppe von Gelenkaffectionen, welche sich bei Ataxie unter dem directen Einfluss der Erkrankung des Rückenmarks entwickeln und als Symptome dieser Leiden zu betrachten sind. Sie treten schon im Initialstadium der Erkrankung auf, unabhängig von jedem äusseren Anlass, lediglich als Ausdruck einer trophischen Störung im Bereich der von dem Krankheitsheerd

abhängigen Nerven. Es entsteht ein Hydarthros mit Oedem der Umgebung des Gelenks, welcher — gewöhnlich ohne Schmerzen und Fieber — schon nach einigen Wochen oder Monaten wieder verschwinden kann: benigne Form. — Oder es entwickeln sich weitere Störungen, Crepitation bei Bewegungen, Schwund der Gelenkflächen und schliesslich Luxation des deformen Gelenkkopfs: maligne Form. Obgleich Ch. zugiebt, dass die anatomischen Veränderungen der Gelenktheile dieselben sind wie bei Arthritis deformans, glaubt er doch seine »spinale Arthritis« als besondere Krankheitsform aufstellen zu müssen wegen ihres eigenthümlichen Zusammenhangs mit der Ataxie locomotrice. Der Sitz des Krankheitsheerds sollen die Vorderhörner der grauen Substanz sein.

Ebenso kann durch eine Erkrankung des Rückenmarks die Ernährung der Knochen derartig alterirt werden, dass sie ihre Festigkeit vollkommen einbüssen, wie neben mehreren anderen Fällen das Beispiel einer 62jähr. Frau, die seit Jahren in der Salpetrière verpflegt wird, in eclatanter Weise zeigt. Vor 20 Jahren zog sich dieselbe zuerst eine Spontanluxation der rechten Hüfte zu, 12 Jahre später trat bei einer leichten Bewegung auch der linke Schenkel aus der Pfanne, dann brachen nach einander, jedesmal ohne irgend welchen besonderen Anlass, der linke Schenkelhals, der linke Vorderarm, der rechte Vorderarm, schliesslich luxirte sie sich den linken Humerus. Dabei fühlt man Crepitation im rechten Schultergelenk und im linken Kiefergelenk. Die ersten Spuren des jetzt ganz deutlich ausgesprochenen Rückenmarkleidens sind übrigens erst vor 5 Jahren aufgetreten. Syphilis, Osteomalacie oder hereditäre Disposition bestehen nicht.

Schädel (Berlin).

H. Walb. Ueber die traumatische Hornhautentzündung.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1875. No. 7. p. 97—100.)

Verf. präparirte sich Hornhäute zur Untersuchung in der Weise, dass er lebenden Kaninchen eine neutrale Carminlösung in die Cornea injieirte. Der Farbstoff haftet nur an den fixen Hornhautkörperchen, aber an diesen sehr lange und man kann daher die Betheiligung dieser beim Entzündungsprocesse nach Application von Reizen (Chlorzink, Höllenstein) sehr schön verfolgen. Verf. fasst das Resultat seiner Untersuchungen in folgende Sätze zusammen:

1) Die eitrige Keratitis ist charakterisirt durch das frühzeitige Auftreten farbloser Eiterzellen, an deren Production die Hornhautkörperchen sich nicht betheiligen.

2) Ausser der eitrigen Form giebt es eine zweite, bei welcher sich an die in loco entstehenden Veränderungen des Gewebes direct die Reparation anknüpft, welche ausschliesslich vom Gewebe geliefert wird.

Diese Veränderungen sind:

a) Alveolenbildung in den fixen Zellen und Lockerung der Grundsubstanz in Fibrillenbündel.

b) Weitere Auflösung der freien Zellen in körnige Massen.

c) Anhäufung der letzteren an der Reizstelle zu grösseren Protoplasmahaufen.

d) Regeneration des Epithels.

e) Kernwucherung in den Protoplasmahaufen.

f) Abschnürung grösserer Partieen und allmäliges Auseinanderweichen derselben.

Das Nähere über das Verhalten der Grundsubstanz bei schwacher Reizung und bei bis zu eitriger Keratitis führender, welche letztere fast immer nach Höllensteinätzung entsteht, oft aber durch energische Atropinanwendung doch verhindert werden kann etc., wolle man im Original nachsehen. **A. Bidder** (Mannheim).

W. Pepper. On the local treatment of pulmonary cavities by injections through the chest-wall.

(The American Journal of med. sciences. 1874. Oct.)

Verf. giebt zunächst einen historischen Rückblick über die operative Behandlung der Lungenerkrankungen mit Cavernenbildung. Es geht hieraus hervor, dass die von Baglivi 1696, von Barry 1727 bereits vorgeschlagene Operation 1845 von Hastings und Storks in London zuerst ausgeführt wurde. Der betreffende Fall, in welchem wegen grosser Caverne der linken Lungenspitze eine Incision im 3. Intercostalraum gemacht und die Höhle mittelst elastischem Katheter täglich ausgespült wurde, findet sich referirt in der London med. gaz. 1845, Vol. XXXV, p. 378. Der spätere günstige Verlauf ist von Dr. Hocken veröffentlicht worden. In der Literatur fand dieser Fall wenig Beachtung und so scheint er denn auch Mosler gänzlich unbekannt gewesen zu sein, wenn derselbe in der Berl. klin. Wochenschrift 1873, 27. Octbr. schreibt: »Ein solcher Vorschlag war von Masse, v. Herff, Hooken (statt Hocken) erneuert worden, indess ohne praktischen Erfolg«.

Bevor die Mosler'sche Publikation in Amerika bekannt war und ohne von den Koch'schen Injectionsversuchen bei Thieren erfahren zu haben, hatte Verf. (Febr. 1874) zur Behandlung von Lungencavernen dünne Jodlösungen mittelst einer feinen Kanüle durch die Brustwand hindurch eingespritzt. Seine Erfahrungen erstrecken sich auf 6 Fälle. In 3 derselben war eine merkliche Besserung zu constatiren, 2 endeten tödtlich, 1 liess keinen sicheren Schluss auf die Wirksamkeit der Behandlung zu, da die Injectionen nur 2 Mal ausgeführt worden waren. In keinem Falle übrigens sah Verf. einen Nachtheil von den Jodeinspritzungen. Am Schlusse resümirt er den Inhalt der Abhandlung in folgenden Sätzen:

1) Die Idee, die Lungencavernen mittelst einer die Brustwand durchsetzenden Incision zu öffnen, ist wenigstens so alt als Baglivi (1696), vielleicht noch älter; indessen ist es wegen der Unvollkom-

menheit der früheren Berichte schwer zu eruiren, ob eine solche Operation wirklich vor dem letzten (Barry), oder gar vor dem jetzigen Jahrhundert (Hastings, Storks) ausgeführt worden ist.

2) Die Idee, eine continuirliche Behandlung solcher Cavernen mittelst localer, direct durch die Brustwand eingeführter Medicamente einzuleiten, datirt erst aus den letzten Jahren (Mosler).

3) Die Ungefährlichkeit der Verletzung einer gesunden Lunge mittelst feiner Nadeln wurde gelegentlich durch die Vertheidiger der Acupunctur und neuerdings durch Koch u. A. demonstrirt.

4) Die Operationen von Storks und Mosler haben bewiesen, dass die Lungencavernen äussere Eingriffe sehr gut vertragen, dass man sie einschneiden, Kanülen einführen und verschiedene Medicamente in einfacher Lösung oder im »spray« einbringen kann.

5) Die unabhängigen Beobachtungen des Verf.'s haben gezeigt, dass die locale Behandlung der Lungencavernen mit wiederholten Jodinjectionen ohne Schmerz, ohne Blutung und ohne traumatische Reizung ertragen werden.

6) Die Fälle, welche sich am besten für eine derartige Behandlung eignen, sind solche, in welchen eine einzige, oberflächliche, nicht tuberkulöse Caverne existirt; indessen ist einige Besserung auch dann zu erwarten, wenn die übrige Lunge ebenfalls in den Process hereingezogen, oder wenn die andere Lunge bereits ergriffen ist.

7) Die Wirkung dieser Localbehandlung besteht hauptsächlich in einer Aenderung des Charakters der Erkrankung in den Wänden der Höhle. Die Eiterung wird vermindert und hiermit das hektische Fieber und die Gefahr der allgemeinen Infection. Eine gewisse Ruhe ist der Caverne gesichert durch das Nachlassen des Hustens. Kurz, die Behandlung begünstigt die Vernarbung und Schrumpfung der Cavernen.

8) Die oben angeführten Fälle, in welchen über 70 Injectionen gemacht wurden, beweisen, dass die Behandlung ohne jegliche Gefahr ist.

Lossen (Heidelberg).

A. Bryk (Krakau). Zur Casuistik der Geschwülste.

(Arch. für klin. Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 4.)

B. theilt folgende Fälle mit:

Fall 1. Ein teleangiectatisches, cystoides Myxosarcom der Schädelknochen war bei einer 40jähr. Bäuerin auf der rechten Kopfseite zuerst langsam, dann schnell wachsend einige Wochen nach einem Stockschlage entstanden. Die Geschwulst hatte schliesslich 53 Cm. im Umfange, war 10—14 Cm. hoch. Nach 2jährigem Bestehen ging Pat. durch Blutungen aus ulcerirten Stellen zu Grunde.

Fall 2. Bei einer 28jähr. Dienstmagd entwickelte sich in 2 Jahren unter Kopfschmerzen, Nasenbluten, später Schling- und Athembeschwerden ein Rundzellensarkom des Cavum pharyngo-nasale, wahr-

scheinlich von der Tonsilla pharyngea (v. Luschka) ausgehend. — Pat. ging an Inanition zu Grunde. Die Section zeigte einen Durchbruch der Geschwulst in die Sin. sphenoid., ferner durch die Foramina der hinteren Schädelgrube und des Canal. spinalis bis an die Dura mater; bohnengrosses Sarcom der Gehirnbasis, Sarcom der Halsdrüsen und einen fibroiden Tumor des Fundus ventriculi.

Fall 3. Ein 46jähr. Gastwirth bekam im Verlaufe von 4 Jahren ein grosses, diffuses, ringförmiges Lipom des Halses und ausserdem mehrfache Lipome an verschiedenen Körperstellen. Erstickungsanfälle veranlassten B. das rechtsseitige Halslipom zu exstirpiren. Im Verlaufe der 8wöchentl. Heilung schrumpfte auch das linksseitige Lipom bedeutend; Pat. war von seinen Athembeschwerden befreit.

Fall 4. Ein kindskopfgrosser Faserkropf der rechten Schilddrüsenseite wurde bei einem 33jähr. Dorfmusikanten nach 10jähr. Wachsthum erfolgreich exstirpirt.

Fall 5. Bei einem 9jähr. Mädchen wurde eine Struma hyperplast. follicul. des linken Schilddrüsenlappens, welche erfolglos mit Jod behandelt war, wegen bedeutender Schling- und Athembeschwerden exstirpirt. Bei zuerst günstigem Wundverlaufe stellte sich am 11. Tage Trismus und Tetanus ein, an dem die Pat. zu Grunde ging. Bei der Section zeigten sich die Dura des Gehirns und Rückenmarks, ebenso die Pia, die Adergeflechte, die Hirnsubstanz, der Halstheil des Rückenmarks sehr blutreich. Die Ansa cervicalis des N. accessorius war von dem jauchigen Eiter eines Abscesses umspült, nach B. wohl die Ursache der tetanischen Anfälle.

Fall 6. Ein colossales retromammäres, fibröses, cystoides Lipom (Umfang an der Basis 70, an der stärksten Stelle 87 Cm.) hatte sich bei einer 47jähr. Frau in 8 Jahren entwickelt. Nach der Exstirpation ging Pat. septikämisch zu Grunde. Die Section zeigte ausgedehnte Venenthrombose, Atrophie des Herzmuskels, zahlreiche Ecchymosen, Magen- und Darmkatarrh und ein Lipom des Coecums. Da sich die Brustdrüse nach der Exstirpation nur comprimirt fand, so liess sie B. später in einem ähnlichen Falle zurück, worauf sie sich zur normalen Grösse wieder entwickelte. (S. hierüber bereits Dieffenbach: Die operative Chirurgie. Bd. II. p. 372. Ref.)

Maas (Breslau).

Ivánchich (Wien): Meine Axiome über Lithotripsie.

(Allgem. Wiener med. Zeitung 1875. No. 1.)

Einer Fortsetzung seines Berichtes über Blasensteinzertrümmerungen, welcher sich durch mehrere Jahrgänge des Journals hinzieht, stellt der Verf. folgende Sätze über die Indicationen zur Lithotripsie voran: 1) Die Lithotripsie ist bis zum 12. Lebensjahre nur ausnahmsweise und höchst selten angezeigt. 2) Das Geschlecht als solches kann keine Gegenanzeige der Lithotripsie abgeben. 3) Vom 12. Lebensjahre an bis in das Greisenalter nehmen die Chancen eines

glücklichen Ausganges der Lithotripsie fortwährend zu, so dass gerade für das Greisenalter die Lithotripsie einen entschiedenen Vorzug vor dem Steinschnitt hat. 4) Organische und dynamische Abnormitäten der Harnorgane bilden keine absolute Contraindication; auch intensiver Blasenkatarrh stört wenig. Uebermässige Empfindlichkeit der Harnwege erfordert die Narkose. 5) Die Grösse und Härte des Steines bildet keine absolute Contraindication der Lithotripsie. Steine, die in Divertikeln abgesackt sind, oder im Blasenhalse stecken und nicht zurückgedrängt werden können; ebenso Steine, deren Kern ein voluminöser unzerreiblicher Körper ist erfordern den Blasenschnitt. 6) Unabweisbar bestimmte Indicationen und Contraindicationen der Lithotripsie lassen sich überhaupt nicht formuliren. **Winiwarter** (Wien).

Lannelongue. Tumeur du testicule traitée et guérie par la ligature de l'artère spermatique.

(Gaz. des hôpitaux 1875. No. 4.)

L. hat den schon von Harvey, dem Entdecker des Blutkreislaufes, herstammenden Versuch, durch Unterbindung der A. spermatica einen soliden Hodentumor zur Rückbildung zu bringen, neuerdings wieder mit Glück aufgenommen. Bei einem 49jähr. Mann war der linke Hoden im Laufe von 10—12 Monaten zu über Faustgrösse angeschwollen. Anfangs hatte man, da Pat. eingestandenermassen syphilitisch gewesen war, eine Jodkalicur eingeleitet. Doch wuchs der Tumor immer mehr und wurde so schmerzhaft, dass ein halbes Jahr später eine Operation nicht länger aufgeschoben werden konnte. Die Geschwulst fühlte sich fest an; war weder transparent, noch fluctuirend, mit der Haut nirgends verwachsen. Der Samenstrang war normal, die Leisten- und Bauchdrüsen nicht vergrössert. Nach der unterhalb des Leistenrings ausgeführten Ligatur nahm zunächst die Geschwulst an Umfang zu, dann aber verkleinerte sie sich anfangs rasch, späterhin langsamer bis schliesslich nur ein etwa nussgrosser, fast steinharter Knollen zurückblieb. Leider hatte L. vor der Operation keine Probepunction vorgenommen, so dass er nicht in der Lage ist, eine bestimmte Ansicht über die Natur des Tumors zu äussern. **Schädel** (Berlin.)

Ultzmann. Zur ambulatorischen Behandlung der Harnröhrenverengerungen.

(Wiener med. Presse 1875. No. 1 und 3.)

Verf. mahnt zur Vorsicht bei der ambulatorischen Behandlung dieses Leidens, da die morbiden Reactionen, welche zuweilen dem Katheterismus selbst bei der Behandlung des Pat. im Bette folgen, hierbei manchmal noch heftiger auftreten. Verf. huldigt folgenden

Grundsätzen: 1) Impermeable und sehr enge Stricturen eignen sich nicht zur ambulatorischen Behandlung. 2) Man beginne beim Einführen des Bougie stets mit der Nummer, die Tags zuvor noch leicht passirte; erst nach einigen Minuten gehe man zu stärkeren Calibern über. 3) Stricturen mit ausgebreiteten Callositäten und alle jene, welche mit conischen Metallkathetern behandelt werden müssen, eignen sich nicht zur ambulatorischen Behandlung. 4) Hat man den Pat. etwas verletzt, so stehe man für den Tag von weiteren Versuchen ab. 5) Man führe nie früher eine Sonde oder den Katheter ein, bevor man nicht den frischgelassenen Harn untersucht hat, ob keine Verschlimmerung eingetreten ist. Ist Albuminurie aufgetreten, oder, wenn schon dagewesen, vermehrt, so sistire man die Behandlung für 2—3 Tage; beachte man dies nicht, so komme es zu Schüttelfrösten, der Harn zeigt die acute Pyelitis oder Nephritis an.

Verf. behandelte bisher in der Poliklinik 72 Fälle von Harnröhrenstricturen. Der jüngste Pat. war 18 Jahre, der älteste 79 Jahre alt. In 63 Fällen war virulenter Tripper die Ursache, wonach in 10 Fällen die Verengerung zwischen 2—4 Jahren auftrat, in 21 Fällen zwischen 10—20 Jahren; in den anderen Fällen in einer mittleren Zahl von Jahren. Der Sitz der Strictur war 53 Mal am Isthmus, in den anderen Fällen theils in der fossa navicul., in der pars pendula, am Orific. extern. Complicirt waren sie 6 Mal mit Cysto-Pyelitis, 3 Mal mit chron. Blasenkatarrh, 1 Mal mit Hypertroph. prostatae, 1 Mal mit Incontin. urin., 2 Mal mit Harnröhrenfisteln. Unter 4 impermeablen, callösen Stricturen mit Fisteln am Perinaeum wurde 1 Mal die äussere Urethrotomie (mit gutem Erfolg) gemacht; 1 Mal erwiesen sich die Tedeschi'schen Sonden (von gewalztem Zinn) sehr gut: sie wirken durch constanten Druck, indem eine 1löthige Bleikugel auf's untere freie Ende der Sonde aufgelegt wird.

Einfache Urethralfieber sowohl, als auch mit Albuminurie complicirte traten besonders bei der Behandlung mit Darmsaiten auf (es wurden gerade die engsten Stricturen so behandelt, und die Urethra wird durch das rasche Aufquellen der Saiten besonders gereizt). Das Vorkommen von durch Kochen fällbaren Erdphosphaten im Harn scheint das Auftreten von Urethralfiebern zu begünstigen, wie Verf. meint.

Fr. Steiner (Wien).

Brémond. Nouvelle méthode de traitement de la blennorrhagie uréthrale par les bains de vapeur térébinthinés.

(Gaz. hebdom. 1874. No. 47.)

Durch Zeissl's (Wien) Versuche veranlasst, mit Terpentininhalationen blennorrhoische Zustände der Urethra zu heilen, hat Br. in analogen Krankheitsfällen Versuche mit Terpentindampfbädern gemacht. Er placirt seinen Pat. in einen Kasten, der mit Wasser- und Terpentindämpfen gefüllt ist, nur der Kopf bleibt ausserhalb des Kastens und wird vor den Dämpfen geschützt. Der Pat. bleibt $^1/_4$

Stunde im Bade. 3—4 Stunden darnach hat sein Urin den Veilchengeruch, der bis zum nächsten Tage anhält. Aus seinen Beobachtungen kommt Verf. zum Schlusse, dass die Absorption des Terpentins in grösserer Quantität von der Hautoberfläche, als von den Athmungsorganen aus Statt hat. Zum mindesten aber verweile der auf ersterem Wege in den Organismus aufgenommene Terpentin länger in demselben, und habe daher auch kräftigere Wirkung, wie er in seinen 5 Fällen, die er einzeln beschreibt, nachweist. Br. hebt hervor, dass Zeissl bei seinem Verfahren 25 Tage zur Heilung brauchte, er aber, selbst im hartnäckigsten seiner 5 Fälle, nur 10 Tage. Das Terpentin wirke bei diesem Verfahren ebenso wie der Copaivabalsam bei innerlicher Verabreichung.

Fr. Steiner (Wien).

Dawson. Special points in Spencer Wells' ovariotomy operations.

(Med. tim. and gaz. 1875. Jan. 23. p. 84.)

Abgedruckt aus dem Americ. Journ. of Obstet. D. hat verschiedene Male bei W. assistirt, selbst nie operirt. Er macht auf folgende Puncte aufmerksam: 1) Beschränkung der Zahl der Zuschauer. 2) Die Anwesenden werden genau auf vorherige Communication mit übertragbaren Krankheitsstoffen untersucht. 3) Kein Zuschauer darf vor eingeleiteter und nach beendigter Narkose im Operationsraum zugegen sein. Narkose durch »bichloride of methylene«, um das Brechen möglichst zu vermeiden. Kleiner Excurs über die Vortheile dieses Anästheticum, das die Vortheile des Aether und Chloroform vereinigen soll, keine üblen Nachwirkungen hinterlässt, weniger gefährlich ist und nur leicht der Zersetzung durch Luft und Licht anheimfällt. 4) Bei einer totalen Verwachsung der vorderen Cystenwand wurde diese incidirt, eine Zange inwendig eingesetzt, und der Sack durch Inversion entbunden. 5) Mit äusserster Sorgfalt wird das Einfliessen des Secretes oder Blutes in die Peritonealhöhle vermieden, die Wunde namentlich am Stiele zu diesem Zwecke genau geschlossen.

Ranke (Halle).

A. Cachet. Considérations sur l'onyxis.

(Thèse, Paris. 1874.)

Die Incarceratio unguis findet sich vorzugsweise bei jugendlichen Individuen männlichen Geschlechts; Gosselin fand unter 54 Erkrankten 41 zwischen dem 14. und 20. Lebensjahre und nur 10 waren weiblichen Geschlechts.

Die Ursache findet er vorzugsweise in unzweckmässigem Schuhwerk; daher die Häufigkeit der Krankheit bei Soldaten, denen die Stiefel nicht auf den Fuss gepasst, sondern nach allgemeinen Typen gebaut werden, und die Immunität barfuss Gehender.

Ein Einfluss constitutioneller Krankheiten ist nicht nachweisbar. Unter den verschiedenen Arten der Behandlung rühmt Verf. beson-

ders die von seinem Lehrer Gosselin befolgte Modification der Exstirpation des Nagels und Nagelbettes, nach welcher nur die seitlichen Theile des letzteren weggeschnitten werden. Es bildet sich dann ein neuer Nagel, der, schmäler als der alte, die Weichtheile nicht insultirt. Unter 53 in dieser Weise von Gosselin Behandelten war nur bei 5 eine einmalige Wiederholung der Operation nöthig.

A. Genzmer (Halle).

Kleinere Mittheilungen.

Hotz. Transfusion of lamb's blood.

(Medic. Examin. Chicago, p. 20.)

9 Lammbluttransfusionen nach der Hasse'schen Methode. 5 Transfusionen bei Phthisis. Der Erfolg bestand nur in vorübergehender Hebung des Appetites. 1 bei Residuen einer Pleuropneumonie, Besserung. 2 chronische Anämieen ohne Erfolg. 1 acute Anämie im Wochenbette: vollständiger Erfolg. Trotzdem will H. auch bei acuter Anämie, gestützt auf Landois' und Ponfick's Mittheilungen, zur Transfusion von menschlichem Blute zurückkehren. **Ranke** (Halle).

F. Lolini. Linfoma multiplo addominale.

(Lo Sperimentale 1875. Fasc. 1°.)

Bei einem 40jähr. Mann entwickelten sich in der Ileocoecalgegend harte Geschwülste, welche sich rasch vervielfältigten und in wenigen Monaten den Tod bedingten. Die Knoten sassen in Unzahl vorzüglich am Peritoneum viscerale, Colon, Magen, Leber etc. Die mikroskopische Untersuchung wies ein reines Lymphom nach.

Bei Besprechung der Therapie stellt L. dieselbe nach Trousseau als ziemlich hoffnungslos dar. Ref. ist weit entfernt, das Gegentheil zu behaupten, doch soll man nicht vergessen, dass Billroth und Czerny einige Fälle von malignem Lymphom durch innerlichen und äusserlichen (parench.) Gebrauch des Arseniks geheilt haben. **Menzel** (Triest).

M. Maschek. Zwei Methoden, um mittelst der Electricität metallene Projectile in Schusswunden mit Sicherheit zu diagnosticiren.

(Wiener allgem. med. Zeitung 1875. No. 3.)

Die kugelsuchende Sonde besteht aus zwei bis nahe zu ihrer Spitze isolirten parallelen Metalldrähten, die durch eine ebenfalls isolirende Umhüllung (Seidenbändchen, mit Schellakfirniss überstrichen) zu einem biegsamen Stabe vereinigt werden. Die hinteren Enden der Drähte werden in metallische Berührung mit den Ausleitungskapseln eines Inductionsapparates gebracht, wenn man mit der Sonde die Kugel zu berühren glaubt. Setzt das Spiel des Neef'schen Hammers aus, so sind beide Spitzen der Drähte in Contact mit einem metallischen Körper. Nur der primäre Strom ist zu diesem Zwecke verwendbar. Hat man keinen Inductionsapparat zur Verfügung, so kann man einen schwachen constanten Strom verwenden, in der Weise, dass man zwischen das Element und den einen Draht der Sonde ein Galvanometer einschaltet. Als brauchbares Surrogat für ein solches schlägt der Verf. einen gewöhnlichen Taschencompass vor, dessen Stativ auf einen Holzwürfel geleimt und mit ein Paar Spiraltouren isolirten Drahtes umgeben werden soll. Der Verf. hält sein Verfahren, dessen Princip nichts weniger als neu ist, für sehr praktisch, weil dessen Ausführung selbst mit beschränkten Hülfsmitteln möglich sei. **Winiwarter** (Wien.

Chesnay. Étude sur l'enkystement des projectiles dans les plaies par armes à feu.

(Thèse, Paris. 1874.)

Verf. theilt seine eigene mehrfache Verletzung durch Granatsplitter am 23. Aug. 1870 in Strassburg mit. Die uns allein interessirende Wunde war entstan-

den durch Eindringen eines Fragmentes in die Mitte des inneren rechten Fussrandes. Das Eisenstück blieb unentdeckt, die Wunde war am 4. Octbr. definitiv geschlossen. Bedeutende Wege konnten ohne Beschwerde zurückgelegt werden, bis am 9. März 1871 nach einem längeren Marsch Schmerzhaftigkeit und eine Anschwellung in der Mitte der Sohle sich einstellte. Die Prominenz wuchs und bald konnte Pat. bei Bewegungen des Fusses ein Ballotement fühlen, das er mit dem des fötalen Kopfes vergleicht, und das auch anderen demonstrirt werden konnte. Am 3. Mai wurde dann eine 20 gr. klare, gelbe Flüssigkeit enthaltende, glattwandige, unter dem 3. Keilbeine gelegene Cyste geöffnet und das lose in ihr liegende, 9 gr. schwere Eisenstück entfernt. Rasche Heilung.

Pagenstecher (Elberfeld).

Mougeot. Pseudo-étranglement causé par des adhérences de l'intestin hernié.

(Thèse, Paris. 1874.)

Bei einer 72jähr. Frau, die 3 Tage an Stuhlverhaltung, Erbrechen schwärzlicher Massen, Auftreibung des Leibes etc. gelitten hatte, wurde von Trélat ein kleiner irreponibler Schenkelbruch operirt. Weder in den fibrösen Theilen, noch in dem Bruchsackhalse fand sich eine Verengerung. Dagegen war das kirschgrosse und rothe, durchaus nicht wie bei wirklicher Strangulation aussehende Darmstück durch eine Menge von Adhäsionen mit dem Sacke verwachsen. Diese, neuen Datums, liessen sich leicht und ohne Blutung mit Finger und Sonde trennen, worauf die Reposition sofort gelang. Der Darm zeigte keine Spur einer Einschnürung. Pat. genas.

Beispiele aus der französischen Literatur werden angeführt und die Unmöglichkeit der Unterscheidung von wahrer Einklemmung, sowie die Nothwendigkeit der Operation betont. **Pagenstecher** (Elberfeld).

J. A. Glaeser (Hamburg). Echinococcus hepatis, operativer Eingriff, Tod.

(Arch. für klin. Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 4.)

Bei einer 23jähr. Frauensperson entwickelte sich im Laufe eines Jahres eine Lebergeschwulst, die alle Zeichen eines Echinococcussackes bot. Als der Umfang des Bauches auf 85 Cm. gestiegen war, machte G. am 29. Juli die Simon'sche Doppelpunction mit 2 Troikarts. Ohne dass die Incision gemacht worden war, starb die Pat. am 8. August, nachdem sie am Nachmittage einen heftigen Schüttelfrost gehabt hatte. Die Section zeigte u. A., dass die Cyste dem Stamme der V. hepatica anlag und der eitrig infiltrirte Balg eine consecutive Entzündung der Venenwand mit wandständiger flacher Gerinnselbildung nebst schnellem Zerfall derselben bewirkt hatte. Dies war der Ausgangspunct zahlreicher Embolieen in der rechten Lunge. **Maas** (Breslau).

H. Knöner. Beiträge zu den Erkrankungen der Blase im Wochenbett.

Inaug.-Diss. Halle a/S. 1874.

Bei Besprechung der im Wochenbett vorkommenden Erkrankungen der Blase berichtet Verf. über zwei im Entbindungs-Institut zu Halle beobachtete Fälle von Parese der Blase, bedingt durch entzündliche Vorgänge während des Wochenbetts. In beiden Fällen wurde schnelle und auch dauernde Besserung durch Faradisation der Blase erzielt. Das Verfahren bestand darin, dass ein Pol auf die Bauchdecken gesetzt, der andere mittelst eines bis an die Spitze mit Gummi isolirten Katheters in die Blase geführt wurde. **A. Genzmer** (Halle).

L. Germain. Section complète des corps caverneux et du canal de l'urethère avec perte de substance.

(Thèse, Paris. 1874.)

Verf. tritt durch Beschreibung eines selbst beobachteten Falles der Meinung älterer Chirurgen entgegen, Durchtrennung beider corpora cavernosa könne nicht

mit erhaltener Functionsfähigkeit des Penis heilen. Am 8. Octbr. 1870 erhielt ein junger Kaufmann während der Belagerung von Paris einen Schuss ins dorsum penis, nahe der Wurzel. Die Kugel ging nach Durchtrennung beider corpora cavernosa und der Urethra zur Falte zwischen Penis und Scrotum und dann mit Verletzung des rechten Hodens durch das Scrotum.

Geringe Blutung, völlige Anästhesie des Penis, enorme Suffusion. Vollständige retentio urinae bei prall gefüllter Blase; ein schonender Versuch zu katheterisiren bewirkt Blutung.

Am nächsten Tage führt Labbé die Boutonnière aus; Sonde à demeure von hier aus in die Blase.

Zwei Wochen später wird ein elastischer Katheter vom ostium cutaneum aus, ein anderer diesem entgegen von der Boutonnière aus bis zur Wunde geführt, beide in dieser mit einem Faden vereinigt und der erste mit Hülfe des zweiten nach der Boutonnière und von hier in die Blase geführt und fixirt.

Langsame Heilung ohne besonderen Zwischenfall; allmälige Anwendung stärkerer Katheter.

Ende Januar 1871 ist die Wunde auf dem dorsum penis fistulös geworden; die anderen sind vernarbt oder in Heilung begriffen. Pat. kommt ausser Beobachtung.

Im März 1874 stellt er sich wieder vor; Urinentleerung, wenn die Fistel mit dem Finger geschlossen wird, vollständig normal. Weder im erschlafften, noch im erigirten Zustand zeigt der Penis eine Abnormität der Form; Pat. kann normal cohabitiren. **A. Genzmer** (Halle).

A. Bernard. Du mal perforant.

Thèse, Paris, 1874.

Eine sich an die Duplay'sche Arbeit in »Archives de médecine 1873« anschliessende Darstellung des mal perforant mit 4 theilweise entlehnten Beobachtungen. Das Uebel beginnt mit Epidermiswucherung, dann folgt Ulceration, die später auf Schleimbeutel und Knochen übergreift; es ist eine Ulceration, abhängig von einer fettigen Degeneration der Nervenelemente; für gewisse Fälle wird der Einfluss einer atheromatösen Degeneration der Gefässe, durch den Sphygmographen nachweisbar, zugestanden. Nichts Neues. **Ranke** (Halle).

P. Rehm. Ein Fall von Onychogryphosis.

(Arch. d. Heilkunde 1875. XVI. Jahrg. Hft. 1. p. 80—91.)

Nach kurzer Besprechung der anatomischen und physiologischen Verhältnisse gesunder Nägel theilt Verf. die Krankengeschichte eines Falles mit, indem die sämmtlichen Nägel der Hände und Füsse eines sonst gesunden jungen Mannes eine chronische Erkrankung zeigten, welche am besten unter die Categorie der »entzündlichen Hypertrophieen« zu setzen sei.

Das Genauere, sowie die Besprechung ähnlicher von anderen Autoren beschriebener Fälle wolle man im Original nachsehen. **A. Bidder** (Mannheim).

M. Laptschinsky. Nachtrag zu der Mittheilung: Ueber Blutkörperchenzählungen bei Febris recurrens (vgl. Centralbl. 1874, No. 36).

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1875. No. 6.)

Verf. hat nun doch die Recurrensspirillen, deren Existenz er früher bezweifelte, gefunden, und zwar in ausserordentlich grosser Anzahl bei einem sehr schweren Recurrenskranken. Sehr schön seien sie auch an trocknen Präparaten zu sehen und könnten auf diese Weise lange aufbewahrt und demonstrirt werden. **A. Bidder** (Mannheim).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 13. **Sonnabend, den 27. März.** **1875.**

Einige Versuche zu Hüter's mechanischer Fiebertheorie.

Von

Dr. Alfred Genzmer,
Assistenzarzt a. d. chirurg. Klinik zu Halle a/S.

In seiner allgemeinen Chirurgie (p. 549 bis 565) beschreibt Hüter experimentelle Studien über das Wesen des Fiebers: er spritzte Fröschen 1 bis 2 Pravaz'sche Spritzen voll faulenden Blutes in den Oberschenkel und untersuchte nach 8 bis 24 Stunden mikroskopisch die Blutcirculation dieser Thiere in Lungen, Zunge, Mesenterium und Schwimmhaut. Er fand constant Ausschaltung einer grossen Zahl von Capillaren aus der Circulation dieser Thiere und unterscheidet drei Varietäten derartig ausgeschalteter Gefässe: solche, die nur Blut-

plasma enthalten (plasmatische Stasen), solche, die mit ruhenden weissen Blutkörperchen, und endlich solche, die mit ruhenden rothen Blutkörperchen erfüllt, resp. verstopft sind (globulöse Stasen). Als Ursachen dieser Ausschaltungen findet Hüter eine durch eingewanderte Monaden bedingte vermehrte Haftungsfähigkeit der weissen Blutkörperchen, die theils gruppenweise zusammengeballt die Capillaren verstopfen, theils einzeln vor den Abgangsstellen der Seitenäste haftend, den Strom der körperlichen Blutbestandtheile von diesen Seitenästen ablenken. Der Effect ist in beiden Fällen eine Verkleinerung des Circulationsgebietes. In analoger Weise bricht sich der Strom des circulirenden Blutes bisweilen an einzelnen haftenden Monadenkörnern und somit tragen diese auch direct und mechanisch zur Ausschaltung von Capillaren bei.

Für die Circulationsstörung innerhalb der Lungen ist noch der Umstand von Bedeutung, dass bei mässig verlangsamter Circulation während des Fiebers die rothen Blutkörperchen an den zwischen den Capillarschlingen gelegenen Parenchyminseln zu zwerchsackähnlichen Gebilden gepresst werden, die sich in grösserer Zahl über einander lagern und so die Lungencapillaren verstopfen.

In den Gefässausschaltungen sieht Hüter das Wesen des Fiebers und glaubt durch sie alle Fiebererscheinungen erklären zu können.

Die Hüter'schen Angaben über die Circulationsstörungen bei septisch inficirten Fröschen einer experimentellen Controle zu unterziehen, war der Zweck einiger von mir in dieser Richtung angestellter Versuche.

Zum Zweck der Untersuchung curaresirte ich die Frösche meist und benutzte Glastafeln und Korkringe zur Fixation. Andere untersuchte ich ohne Curare, nachdem ich sie mit Heftnägeln und Bandstreifen, die ich fest über die grossen Gelenke legte, auf ein Lindenholzbrettchen gefesselt hatte. Die zu untersuchenden Gewebe wurden in den letzteren Fällen mit Stecknadeln über ausgebohrte Löcher gespannt.

Bei allen Thieren beobachtete ich die Circulation in Mesenterium und Lungen bei durchfallendem Licht und etwa 200facher Vergrösserung; Zunge und Schwimmhaut gaben viel weniger schöne Bilder.

Bei einer grösseren Zahl von gesunden Fröschen, an denen ich die normalen Circulationsverhältnisse studirte, fand ich diese nicht ganz constant und gleichbleibend. Nicht selten entstehen in den Mesenterialgefässen durch Verkeilung weisser Blutkörperchen an Ecken, Verzweigungen etc. Stasen, die sich meist bald wieder lösen; bisweilen tritt sogar in einzelnen Capillaren ohne nachweisbare Veranlassung eine Aenderung der Stromesrichtung ein. Während in den Uebergangspausen eine wesentliche Verlangsamung, momentan natürlich Stillstand der Circulation eintritt, entstehen plasmatische Stasen, da keine genügende Druckdifferenz besteht, welche die Blutkörperchen in die engen Rohre hineinpresst.

In den Lungencapillaren sind zwerchsackförmige rothe Blutkörperchen, die in grösserer Zahl übereinander gepresst bisweilen zu kurz andauernden und räumlich sehr beschränkten Stasen Veranlassung gaben, ein geradezu regelmässiger Befund. Sowie beim Aufspannen der Gewebe eine Knickung oder Quetschung der abführenden Gefässe entsteht, sieht man im ganzen Gesichtsfeld nur globulöse Stasen, d. h. alle Capillaren sind dicht von zusammengepressten rothen Blutkörperchen erfüllt.

Zur Untersuchung der Circulationsverhältnisse bei septisch inficirten Fröschen spritzte ich solchen eine bis zwei Pravaz'sche Spritzen septischer Flüssigkeit unter die Rückenhaut und beobachtete die Thiere 8 bis 48 Stunden nach der Injection mehrere Stunden hindurch (12 Versuche). Als Infectionsflüssigkeit benutzte ich Wasser, in dem gekochtes Eiweiss bei Luftzutritt längere Zeit gelegen hatte; die Flüssigkeit enthielt ruhende und sich bewegende Kugel- und Stäbchenbacterien einzeln und gruppenweise bei einander in grosser Menge. Alle Thiere waren mehr oder weniger matt und schwerfällig; bei zweien zeigte sich starker allgemeiner Hydrops, drei starben schon innerhalb der ersten 24 Stunden. Etwa im Verhältniss zu ihrer allgemeinen Schwäche litt bei allen die Circulation. Der Blutstrom war verlangsamt und es zeigte sich eine verstärkte Neigung zu Stasenbildung; die geringste Zerrung grösserer Gefässe genügte, die Circulation in grösseren Gebieten zum Stillstand zu bringen. Ausserdem zeigten sich an den Capillaren des Mesenteriums meist zahlreiche ausgewanderte Blutkörperchen; diese selbst waren zum grössten Theil (sowohl innerhalb, als ausserhalb der Gefässe) stark körnig. Nie zeigten sich als Veranlassung zu Stasenbildung einzelne oberhalb der Abgangsstellen von Seitenästen haftende Blutkörperchen; um solche schlüpften die circulirenden Blutscheibchen stets ungehindert herum. Zeigten sich zufällig einmal Bilder, die für ein derartiges Abfangen des Stromes zu sprechen schienen, so fand sich stets weiter unterhalb als eigentliches Stromhinderniss eine grössere Verkeilung von weissen Blutkörperchen. Ueberhaupt fand ich globulöse Stasen fast ausschliesslich oberhalb gesperrter Stellen. — In der Lunge machten sich die Stasen zuerst in den peripheren Theilen des aufgespannten Organs, d. h. in den stärker gezerrten Alveolen geltend, in denen oft schon Stillstand eingetreten war, während die mittleren noch lebhafteste Circulation zeigten. Von partiellen Stasen war nur im Augenblicke des Erlöschens der Circulation etwas zu bemerken. Bei dem starken Caliber der Arterien, die den einzelnen Alveolen das Blut zuführen, kann von einem Einfluss haftender Blutkörperchen auf diese direct nicht die Rede sein; und doch macht sich nach Hüter die febrile Kreislaufstörung in der Froschlunge vorzugsweise in Ausschaltungen einzelner ganzer Alveolen geltend, während partielle Stasen eine seltene Erscheinung sind. — Setzte ich die Untersuchung stundenlang fort, so wurde der Blutstrom der Thiere allmälig immer langsamer und stockte zuletzt meist auch in den grossen Gefässen, obwohl

das Herz noch schwach pulsirte; zu gleicher Zeit nahm die Auswanderung der weissen Blutkörperchen sichtlich zu.

Bei nicht curaresirten Fröschen zeigte sich die Neigung zur Stasenbildung geringer und fehlte in zwei Versuchen ganz, während bei den hydropischen Thieren die Circulation, obwohl das Herz noch schwach pulsirte, gänzlich stockte (va et vient in den grossen Gefässen). Bei völliger Stase konnte ich durch Druck auf einzelne Theile der untersuchten Gewebe für einige Zeit das Bild lebhaftester Circulation hervorrufen; nie bemerkte ich dann durch haftende Blutkörperchen bedingte partielle Stasen. — In der Erwartung, dass, wenn die Bacterien die »Fieberstasen« bewirken, ihr Einfluss bei directer Einführung in's Blut in kürzester Zeit sichtbar werden müsste, injicirte ich 6 Fröschen 1 bis 2 Pravaz'sche Spritzen voll Bacterienflüssigkeit in die subcutanen Venen in der Seite des Bauches. Ich bediente mich zu dieser ziemlich subtilen Operation einer fein ausgezogenen und zum Zweck des Einbindens in die Vene vorn leicht erweiterten, schräg abgeschliffenen Glaskanüle. Die Thiere wurden 2 bis 4 Stunden unter dem Mikroskop beobachtet. Freie Bacterien fanden sich in der Circulation nur spärlich, dagegen waren die weissen Blutkörperchen, und zwar vorzugsweise die wandständigen stark körnig. Stasenbildungen waren in nicht höherem Grade als bei gesunden Thieren zu constatiren.

Einer grösseren Zahl von Thieren spritzte ich endlich 1 bis 2 Spritzen einer fein geschlemmten Zinnobersuspension in die Bauchvene. Die Körnchen wurden bald zum grössten Theil von weissen Blutkörperchen aufgenommen, und zwar wieder vorzugsweise von wandständigen, bewirkten aber nie Stasen, selbst wenn einmal ein solches Körnchen, viel grösser als eine Monade, zufällig vor der Abgangsstelle eines Seitenastes liegen blieb.

Kurz zusammengefasst sind die Ergebnisse meiner Beobachtungen folgende:

1) Einzelne nach Hüter für das Fieber charakteristische Erscheinungen der Circulation (Stasen — zwerchsackförmige rothe Blutkörperchen) können sich bei gesunden Thieren vorfinden.

2) Die bei septisch inficirten Fröschen beobachteten Stasen entstehen unter dem Einflusse des Collapses.

3) Eine mechanische Ablenkung der circulirenden Blutkörperchen von Seitenästen kommt durch vorgelagerte, aber nicht obturirende weisse Blutkörperchen oder Fremdkörper (haftende Monaden — Zinnoberkörnchen) nicht zu Stande.

Herrn Prof. Steudener, der mich zu diesen Untersuchungen anregte und meine Beobachtungen zu controliren die Güte hatte, sage ich hiermit meinen verbindlichsten Dank.

Bacterien im normalen Blute.

Von

Dr. Kolaczek,

I. Assistent an der chirurg. Klinik zu Breslau.

Entgegen der Behauptung einzelner Beobachter, die im Blute septisch Kranker von ihnen gesehenen Bacterien wären Eindringlinge von pathognostischer Bedeutung, finde ich mich veranlasst zu constatiren, dass diese auch von mir in solchem Blute zu wiederholten Malen beobachteten und anfänglich auch für specifisch gehaltenen Formelemente sich ebenso im Blute gesunder Menschen finden, wie dies zahlreiche nebenher zur Controlle angestellte mikroskopische Prüfungen bewiesen haben.

Auch im normalen Blute zeigen sich bei 1000—1500facher Vergrösserung hin und wieder runde, scharf contourirte, matt glänzende winzige Kügelchen, öfter zu zwei, selten sogar zu drei kettenartig angeordnet, in lebhaft oscillirender und Ortsbewegung, während die Blutkörperchen und ihre molekularen Derivate vollständig ruhig liegen. Die Doppelkügelchen stellen sich oft über einander und täuschen so nur ein einziges Körperchen vor, ganz wie man es an den Mundbacterien sieht. Auch eine Vereinigung zweier Doppelkügelchen zu einer Winkelfigur mit der beschriebenen Eigenbewegung ist beobachtet worden.

Nach allen meinen Erfahrungen über Bacterien in mikroskopischer Beziehung muss ich die in Rede stehenden Kügelchen, wie ich sie auch im gesunden Blute gefunden habe, als Bacterien oder Micrococcen ansprechen. Demnach komme ich zu dem Schlusse, dass Bacterien entweder in jedem Blute vorkommen, oder, wenn dies nicht der Fall sein sollte, trotz aller Cautelen bei Anfertigung der Präparate aus der Luft hineingerathen.

Letzteres erscheint mir allerdings wenig wahrscheinlich. Denn wenn ich auch von der Allgegenwart der Micrococcen in unserer Athmungsluft überzeugt bin, so scheint mir doch die zur Vorbereitung des Präparates erforderliche Zeit zu kurz, um Object-, resp. Deckglas oder die Oberfläche des austretenden Bluttröpfchens eine relativ erhebliche Menge der kleinen Organismen annehmen zu lassen. Zudem wurden Objectträger und Deckgläschen mit absol. Alkohol gründlich gereinigt, darauf abgebrannt und auf ein kurz vorher ausgeglühtes Drahtgitter gelegt. In die mit absol. Alkohol gewaschene Fingerspitze, der das Blut entnommen werden sollte, wurde mit einer eben ausgeglühten Nadel eingestochen und der vorquellende Bluttropfen mit dem Objectglase direct abgehoben.

Die Unwahrscheinlichkeit einer zufälligen Beimischung von Luftbacterien zu den Präparaten wird aber noch durch folgenden Versuch wesentlich erhöht. Untersucht man nämlich einen Tropfen eben gekochten destillirten Wassers, so findet sich trotz langen Suchens nicht ein einziges irgendwie sich bewegendes Körnchen oder Stäbchen,

während in ungekochtem auffallend viel Micrococcen vorkommen, welche durch das Kochen in einen vollständig bewegungslosen Zustand übergeführt werden.

Auch die aprioristische Erwägung, dass diese kleinsten Wesen durch unsere Nahrungs- und Athmungsorgane fortwährend von aussen aufgenommen werden müssen, spricht zumal mit Rücksicht auf ihre grosse Widerstandsfähigkeit gegen chemische Einflüsse dafür, dass sie wohl auch im Blute circuliren und durch Ausscheidung mittelst der verschiedenen Collatorien des Organismus für diesen unschädlich gemacht werden. Diese Voraussetzung habe ich durch den Nachweis vereinzelter, sich deutlich bewegender Bacterien, die den im Blute beobachteten vollständig gleichen, im normalen Harn verschiedener Menschen bestätigen können, wenn anders die von mir angewandten Cautelen gegen ein zufälliges Eindringen derselben in die Präparate hinreichen. Es wurde nämlich in ein mit Kalilauge und Schwefelsäure gereinigtes und mit absol. Alkohol ausgekochtes Reagensglas der Harnstrahl gegen Ende seines Flusses aufgefangen und dann sofort mit einer erst jetzt durch Abbrechen geöffneten, lang ausgezogenen Spitze eines vorher mit Schwefelsäure gereinigten und am offenen Ende durch Baumwolle verstopften Glasröhrchens aus der Mitte der Harnsäule ein Tropfen hervorgeholt und unter den schon bekannten Vorsichtsmassregeln unter das Mikroskop gebracht. Die darin gefundenen Micrococcen können ebensowenig wie beim Blute aus der Luft stammen.

Meine weiteren diesbezüglichen Untersuchungen über die übrigen Ausscheidungsproducte des menschlichen Körpers sind noch nicht abgeschlossen.

Wir erhalten als Nachtrag zu der Originalmittheilung von Prof. Roser über fehlende Hirnbewegung in No. 11 des Centralbl. f. Chir. folgendes Referat:

Zur Casuistik der fehlenden Hirnbewegung.

Ich finde in dem Edinburgh Journal vom Decbr. 1874 folgende Mittheilung aus der Sitzung der dortigen ärztlichen Gesellschaft vom 11. Novbr. 1874:

»Herr Chiene zeigte einen Patienten vor, dem er am 4. Sept. 1874 nach einem complicirten Depressions-Bruch in der vorderen linken Schläfengegend Theile des Scheitelbeins, Stirnbeins und der Schläfenschuppe weggenommen hatte, mit Entblössung der Dura auf $2^1/_2$ Zoll in der einen und $1^1/_2$ in der anderen Richtung. Die Dura war unverletzt. Das Pulsiren des Hirns war bei der Operation nicht zu bemerken, sei es, dass die Hirnsubstanz viel Quetschung erlitten hatte, oder dass ein breiter Blutklumpen, zwischen Hirn und Dura liegend, die Pulsation verdeckte. Der Patient verliess das Hospital mit fest (firmly) geheilter Wunde am 6. October«. —

In einer Abhandlung über Hirndruck von Gross (American Journal of med. sciences, July 1873, p. 62) heisst es: »Prof. Roser hat

kürzlich (1866) auf diese Abwesenheit der Pulsation, als etwas Neues, aufmerksam gemacht, aber diese Erscheinung ist schon seit Jahren als charakteristisches Symptom von Eiteransammlung hinter der Dura anerkannt«. Ich glaube, wer sich in der Literatur umsieht, wird diesen Ausspruch von Gross nicht bestätigt finden, man trifft keine Fälle von fehlender Pulsation angeführt und man findet überhaupt nur spärliche und unbestimmte Andeutungen über diesen Punkt. Wie wenig dieses Fehlen der Hirnpulsation, nachdem es Guthrie vor 60 Jahren zur Sprache gebracht, bisher Gegenstand der Aufmerksamkeit war, mag am besten aus einer Vergleichung der verschiedenen Auflagen von Erichsen (science and art of surgery) hervorgehen.

Im Jahr 1853 sagt Erichsen: »wenn die Dura vorgetrieben erscheint, so kann eine Incision in diese Membran gemacht werden«.

Im Jahr 1869 heisst es: »wenn die Dura vorgedrängt erscheint und ohne Pulsation, so darf man sogar eine Incision durch diese Membran machen, in der Hoffnung, dass ein umschriebener Abscess vorhanden sein und dessen Entleerung erleichtert werden möchte«.

Erst im Jahr 1874 spricht sich Erichsen bestimmt aus: »die Abwesenheit der gewöhnlichen Hirnbewegung ist in solchen Fällen ein wichtiges Zeichen, welches einen Abscess unter der Dura oder im Hirn selbst andeutet«.

W. Roser (Marburg).

V. Feltz. Sur la septicémie expérimentale.

(Comptes rendus T. 79. p. 1268—71.)

F. hat zwei grössere Versuchsreihen an Kaninchen, die eine mit faulem, putridem Blut, die andere mit dem durch successive Inoculation faulen Blutes erhaltenen septischen Blute angestellt. Die Thiere liess er während der ganzen Beobachtungsdauer durchaus unter ihren früheren Verhältnissen (sie konnten in einem geräumigen Locale frei umherlaufen), und gerade diesem Punkte legt F. grosse Bedeutung bei. Er glaubt sich überzeugt zu haben, dass man sonst ganz falsche Resultate erhält. Subcutane Injection faulen Blutes in der Dose von 1—3 Theilstrichen einer Pravaz'schen Spitze führte unter den bekannten Erscheinungen im Laufe von 3—10 Tagen den Tod herbei, aber unter 9 Thieren nur bei 7. Inoculation desselben Blutes mit der Lanzette tödtete von 9 Thieren nur 1. Wurde ferner das faule Blut sorgfältig getrocknet und dann einige kleinere Körnchen davon eingeimpft, so traten keine abnormen Erscheinungen auf. Unterwarf F. faules Blut der Dialyse und injicirte er von der diffundirten Flüssigkeit 3—5 Theilstriche Pravaz, so erhielt er kein Resultat, obwohl in der Flüssigkeit zahlreiche Bacterien, analog denen des faulen Blutes, nachweisbar waren. Um tödtliche Infectionserscheinungen hervorzurufen, musste mindestens 1 Theilstrich Pravaz injicirt werden; weitere Verdünnung erwies sich als septisch erfolglos.

Kaninchen, denen von dem septischen Blute, das stets frisch benutzt wurde, 1—3 Theilstriche einer Pravaz'schen Spitze subcutan ge-

geben wurden, gingen sämmtlich innerhalb 16—60 Stunden unter allen Zeichen der Septicämie zu Grunde. Von 9 Thieren, denen septisches Blut mit der Staarnadel eingeimpft wurde, gingen 7 im Verlaufe von 4 Tagen zu Grunde. Die Einimpfung einiger Stäubchen getrockneten septischen Blutes hinter das Ohr hatte bei 6 Thieren (von 9) einen tödtlichen Erfolg. 3 Thiere, welche von dem dialysirten putriden Blute 7, resp. 8, 9 Theilstr. Pravaz' erhalten hatten, starben unter acuten Erscheinungen, vier andere, denen 4, resp. 5, 6, 7 Theilstr. Pr. beigebracht waren, zeigten ausser mässigem Fieber keine auffälligen Symptome; zwei Kaninchen endlich, die nur 1—2 Theilstr. Pr. erhalten hatten, blieben ganz frei von Störungen. Die geringste Verdünnung septischen Blutes, die noch tödtlich wirkt, waren 6 Theilstr. Pr. einer Verdünnung von 1 : 8000. Es wirkt mithin das septische Blut energischer, als das einfach putride (Davaine, Dreyer). Die septische Wirkung nimmt mit den folgenden Generationen zu; sie haftet auch noch der geringsten Menge an, wenn nur das Blut nicht mit anderen Dingen gemischt oder verdünnt wird. Aus den Dialyse-Versuchen geht hervor, dass die septisch wirkende Substanz sich mit Wasser nicht gut mischt oder sich kaum darin löst.

J. Munk (Strassburg i/E.).

Berns. Ueber die Bedeutung der Transfusion bei fieberhaften Zuständen von Thieren und Menschen.

(Arch. f. klinische Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3. p. 411—423.)

Von drei möglichst gleich schweren Thieren derselben Species wurden zwei 12 bis 14 Stunden vor der Transfusion durch subcutane Einspritzung von faulem, bacterienhaltigem Blute septikämisch gemacht. Dann wurde dem am stärksten fiebernden Exemplar Blut meist in die Jugularis übergeleitet, und das andere zur Controlle belassen, während das gesunde dritte Thier das Blut hergab.

Nach 26 in dieser Weise an Kaninchen angestellten Transfusionen erfolgte nur 5 Mal ein evidenter Temperaturabfall. Im Uebrigen waren diese Verhältnisse höchst schwankende, so dass sich ein Typus für die Curven bei den transfundirten und nicht transfundirten Thieren kaum aufstellen lässt. Im Allgemeinen kann nur angegeben werden, dass einige Stunden nach der Transfusion ein Temperaturabfall grösserer, kleinerer oder unbedeutender Art stattfindet, dass ein solcher Abfall aber auch bei den Controllthieren nur langsamer, dafür aber sicherer als bei den transfundirten Thieren vor sich geht, und dass überhaupt die Temperaturdifferenzen bei den Controllthieren nie so gross sind, als bei den transfundirten.

Weiter war in 26 derartigen Versuchen die Lebensdauer von 11 transfundirten und Controllthieren eine gleich lange, in anderen 6 Fällen lebten die transfundirten Thiere, in den 9 übrigen die Controllthiere länger. Im Durchschnitt vegetirten 23 transfundirte Thiere 8 Tage, 23 Controllthiere $9\frac{1}{2}$ Tag. 5 an Hunden ausgeführte Versuchsreihen gaben ebenfalls sehr schwankende Resultate.

In zwei von den 5 Fällen starb das Controllthier, während das transfundirte am Leben blieb, in 2 anderen Fällen fand aber das Umgekehrte statt. 1 Mal blieb sowohl das transfundirte, als auch das Controllthier am Leben.

Ohne jeden Erfolg blieben weiter 2 an pyämischen Menschen ausgeführte Blutüberleitungen, so dass man in Summa die Hoffnungen, die auf die Wirksamkeit des Verfahrens bei fieberhaften Krankheiten gesetzt wurden, als eitle betrachten und annehmen darf, es habe sich in den wenigen Fällen, in welchen bei ausgesprochener Pyämie nach der Transfusion Genesung eintrat, um Spontanheilungen gehandelt. **Wilh. Koch** (Berlin).

Chirurgischer Bericht des Middlesex-Hospitals.

Dem Berichte dieses Londoner Spitals entnehmen wir, dass daselbst 1873 behandelt sind 1257 Kranke, darunter 709 M. und 548 W.; von diesen wurden gebessert und geheilt entlassen 560 M., 380 W.; ungeheilt 11 M., 16 W.; auf eignen Wunsch entlassen 22 M., 19 W.; es starben 47 M., 59 W. Abgesehen von den an Krebs Gestorbenen betrug die Mortalität 8,59%. (Das Hospital umfasst eine besondere Krebsabtheilung. Ref.)

Der Bericht giebt in der ersten Tabelle A sämmtliche Erkrankungen nach den Körperregionen übersichtlich geordnet; in Tab. B sämmtliche an Carcinom Behandelte und berücksichtigt hier in übersichtlicher Form neben den gewöhnlichen Daten die Heredität, die Dauer des Leidens, die secundär ergriffenen Organe. Aus dem Jahre 1872 verblieben 25 Krebskranke in Behandlung, dazu kamen im Jahre 1873 133; bei 17 Personen war schon früher operirt worden, bei 43 wurden operative Eingriffe vorgenommen, ferner 1 Mal die Tracheotomie und 1 Mal die Ligatur der Carotis. (Der Collectivbegriff Carcinom ist leider zu weit gebraucht, denn sämmtliche maligne Tumoren sind in ihm eingeschlossen worden wie Sarcom, Enchondrom etc. Ref.)

Die 3. Tabelle C giebt eine Uebersicht über 51 zugegangene und 26 im Spitale entstandene Infectionskrankheiten, hauptsächlich Phlegmonen, Erysipele, 1 Mal Septikämie, 6 Mal Pyämie. — Tabelle D vereinigt 18 wegen incarcerirter Hernien Behandelte; von den 12 mit Eröffnung des Sacks Operirten starb das 7 Wochen alte Kind mit eingeklemmtem Nabelbruche (und zwar derjenigen Form, bei welcher der ductus omphalo-meser. ungeschlossen bleibt) und ein 66j. Mann, bei dem keine Hernie vorher bestand. 6 Hernien wurden durch Taxis nach Eisbehandlung zurückgebracht. — Tabelle E enthält 10 complicirte Fracturen, von welchen starben: eine Fractur beider Oberschenkel mit Betheiligung des Knies und eine Fractur des Oberschenkels, complicirt mit sternförmiger Fractur der Kniescheibe.

Tabelle F giebt den Befund sämmtlicher 105 Autopsieen; Tabelle H endlich die ausgeführten Operationen. Die wichtigeren derselben sind:

Amputationen: 3 Mal Oberschenkel (H.), 5 Mal Unterschenkel (1 †), 7 Mal Syme'sche Operation (1 †), 3 Mal Vorderarm (1 †).

Resectionen: 1 Mal Hüfte, 1 Mal Fuss, 1 Mal Ellenbogen, 1 Mal Hand, 1 Mal Os calc. (alle geheilt).

Ligaturen: 1 Mal Carot. comm., 1 Mal Iliac. ext. (†), 1 Mal Femoralis, 4 Mal Radialis, 3 Mal Lingualis.

Ovariotomie 2 Mal (gest.), Amput. linguae 4 Mal, Staphyloraphie 2 Mal, Lithotomie 4 (1 †), Lithotripsie 2, Colotomie 1 (†), Sequestrotomieen 20.

Pils (Stettin).

E. Lund. 5jähr. chirurgische Thätigkeit am königl. Hospitale zu Manchester.

London. **Simpkin, Marshall & Co.**

Der vorliegende treffliche Bericht, ein Abdruck aus dem Liverpool und Manchester Med. and Surg. Rep. 1874, 99 Seiten stark, giebt uns ein deutliches Bild von der Tüchtigkeit und Emsigkeit des chirurgischen Leiters, welcher bestrebt ist, auf seiner Abtheilung die neuesten Erfahrungen und Methoden zu benutzen, ohne die erprobten Encheiresen und gesicherten Erfahrungen früherer Zeiten ausser Acht zu lassen. Fast jedes Kapitel giebt hiervon ein erfreuliches Zeugniss und bedauern wir, auf das Detail der operativen Besprechungen und Erwägungen, und auf die ausgewählte Casuistik hier nicht näher eingehen zu können.

Der Bericht reicht von 1. Jan. 1867 bis Decbr. 1871. In dieser Zeit sind 1309 Personen behandelt, darunter 977 M. und 332 W.; es starben 75. Die Krankheiten sind in der Abhandlung unter folgende — eines einheitlichen Princips entbehrende — Abtheilungen gebracht: Contusionen 142, Wunden 122, Amputationen 61, Geschwüre 82, Hernien 25, Geschwülste 21, Abscesse 40, Klumpfüsse 2, Verrenkungen 5, Knochenbrüche 304, darunter 45 complicirte. Erkrankungen der Arterien 15, der Venen 2. Affectionen des Schädels und seines Inhaltes 34, der Wirbelsäule 20, der Harnblase 35, der Harnröhre 28, des Penis und Scrotum 11, der Hoden 10, der Brustdrüse 22, der Ovarien 8, der Gebärmutter 16, des Auges 5, des Ohres 2, der Nase 4, des Mundes 15, des Larynx und der Trachea 15, des Rectum 20. — Jede dieser Abtheilungen wird nach der Art der einzureihenden Fälle in weitere Unterabtheilungen gebracht. Eingangs der Besprechung dieser Unterabtheilungen sind die sämmtlichen Fälle stets in einer Tabelle geordnet vorgeführt, welche ausser den gewöhnlichen Rubriken von Alter, Geschlecht, Ausgang etc. je nach der Wichtigkeit der Materie eine Reihe anderer Columnen enthält. Hervorheben möchten wir nur, dass L. Lister's antiseptische Behandlungsmethode übt (mehrfach in modificirter Form), dass er zur Ligatur carbolisirtes Catgut verwendet; bei Fracturen werden vorwiegend Schienen-Verbände anlegt, oft combinirt mit Extension, die L. fast ausschliesslich bei Gelenkaffectionen anwendet; bei Aneurysmen wird erst nach Misserfolg der Compression die Ligatur der Arterie vorgenommen.

Pils (Stettin).

J. Cripps. Die Behandlung der Nachblutung nach Ligatur der Femoralis in der Continuität.

(Bartholomew's Hospital-Reports. Bd. 10. p. 87.)

Da die Verfahren bei Nachblutungen, welche aus der in ihrer Continuität unterbundenen Femoralis erfolgen, sehr differiren, hierfür allgemein gültige Grundsätze bisher nicht aufgestellt sind, so hat Verf. in vorliegender Arbeit die Resultate seiner statistischen Erhebungen mitgetheilt. Die angewandten Methoden ergeben:

No. 1)	14 Ligaturen der Iliaca ext.	mit 12 Todesfällen	und 2	Genesungen
No. 2)	5 Amputationen des Obersch.	» 2 (3)*) »	» 2	»
No. 3)	12 Wiedereröffnungen d. Wunde	» 7 »	» 5	»
No. 4)	15 Feste Einwicklung u. Compress.	» 3 »	» 12	»
No. 5)	7 Fälle ohne jede Behandlung	» 4 »	» 3	»
zusammen	53 Fälle mit	28 Todesfällen	und 25	Genesungen

Mit Uebergehung der Details, für welche auf's Original verwiesen wird, sei hier bemerkt, dass No 1 (Lig. der Iliac. ext.) eigentlich absolut erfolglos geblieben ist, denn bei den 2 Genesenen musste 1 Mal wegen beginnender Gangrän die Amputation des Oberschenkels gemacht werden; 1 Mal konnte die von Neuem erfolgte Nachblutung nur durch Compression gestillt werden. Die Amputation, mit hoher Mortalität (50%) kann nur in den verzweifeltsten Fällen (Fehlschlagen jeder anderen Massnahme) und bei entstandener Gangrän in Frage kommen. (Die Compression war in den angegebenen Fällen nicht vorher versucht worden.) Die Wiederöffnung der Wunde hat auch keine besonderen Chancen im Gefolge gehabt, denn wenn das Aufsuchen der blutenden Stelle in einigen Fällen auch leicht gelang, so war es in der Mehrzahl derselben doch sehr mühsam und schwierig, ja mehrfach resultatlos; 1 Mal hatte die Wiederöffnung der Wunde eine schnell tödtlich werdende Blutung im Gefolge. (Von den 5 Genesenen bekamen 2 Nachblutungen, die durch Compression gestillt wurden.) Ohne Zwischenfall verliefen nur 3 Fälle, in denen über und unter der Verletzung die Unterbindung gemacht war.

Die besten Resultate hat zweifellos die unter No. 4 angewandte Compression aufzuweisen, dem wir noch hinzufügen wollen, dass bei 2 Gestorbenen die die Blutung sistirende Compression den Tod durch Erschöpfung nicht hindern konnte. Die Sorge einer leicht eintretenden Gangrän hatte sich in keinem Falle verwirklicht. Die Nachblutungen entstammten meist dem peripheren Ende.

Pils (Stettin).

J. Paget. Erkrankung des Warzenhofes als Vorläufer des Brustdrüsenkrebses.

(Bartholomew's Hospital-Reports. Bd. 10. p. 87.)

P. fand in etwa 15 Fällen bei Frauen zwischen 40—60 Jahren eine eigenthümliche Hautaffection der Brustwarze und des Warzen-

*) 1 Mal wurde nach erfolglos gemachter Ligatur der Iliac. ext. die Amputation vorgenommen.

hofes dem nach 1—2 Jahren auftretenden Brustdrüsenkrebse voraufgehen. In diesen Fällen erschien die geröthete Haut der Areola leicht granulirt und secernirte klare, gelbliche, viscide Flüssigkeit; dabei bestanden stechende, prickelnde oder brennende Schmerzen. Dieser Eruption, welche jeglicher Behandlung widerstand, theils das Ansehen eines chronischen Eczems, theils das der Psoriasis zeigte (gerade letztere Form hatte eine Tendenz zur weiteren Ausbreitung über die Brustdrüse) und das Allgemeinbefinden nicht sonderlich beeinflusste, folgte nach 1—2 Jahren Krebsentwicklung in der Brustdrüse. Bisweilen begann diese Entwicklung entfernt von der erkrankten Hautstelle. Aehnlich will P. chronische Hauterkrankungen der Krebsbildung an Lippe und Eichel haben vorausgehen sehen.

Was nun die praktische Seite anlangt, so möchte P. bei Personen mittleren Alters aus Familien, in welchen Krebserkrankungen vorgekommen sind, die Exstirpation der erkrankten Partie ausgeführt sehen. **Pils** (Stettin).

Giraldès. Sur un point du traitement de la périostite phlegmoneuse diffuse.

(Bulletin de l'académie de méd. 1875. No. 2.)

Bis 1865 hatte G. nach dem Vorgange von Chassaignac obige schweren Knochenprocesse, sobald es zur Abscessbildung gekommen war, durch ausgiebige Incisionen und nachfolgende Drainage behandelt. An die Entfernung der gewöhnlich nekrotischen Diaphyse schritt er erst nach Bildung einer soliden Sequestralkapsel von Seiten des Periostes. — Nachdem aber Holmes (Lancet 1865, April) aus dem St. George's Hospital in London einen günstigen Erfolg von unmittelbarer Herausnahme einer vom Periost völlig denudirten und abgestorbenen Tibia beschrieben hatte, gleich nach Eröffnung der subperiostalen Eiteransammlung, führte G. dieses Verfahren in seine Praxis ein und empfiehlt dasselbe, auf 7jährige Erfahrung gestützt, auf's Wärmste. Dieses energische Vorgehen erspare den jugendlichen Pat., welche ja fast ausschliesslich von dergl. Affectionen betroffen werden, langwierige erschöpfende Eiterungen, welche durch die Anwesenheit des Sequesters unterhalten, zu immer neuen Abscessbildungen und nicht ausheilenden Fisteln Veranlassung geben. Auch sei die frühzeitige Beseitigung der mortificirten Diaphysen weniger schwierig und minder eingreifend, als die später erforderliche reguläre Sequestrotomie.

G. hat nach obigen Grundsätzen bei den acuten Knochenentzündungen besonders an den unteren Extremitäten verfahren und räth zu frühzeitigen operativen Eingriffen an der Tibia, der Fibula, dem Calcaneus und den Metatarsalknochen. Am Femur und am oberen Theil des Humerus scheint ihm das Verfahren jedoch nicht gerechtfertigt. Wichtig sei es, die Anheftungen von Muskeln und Sehnen intact zu lassen, was durch die spontane Ablösung des Periostes vom

Knochen wesentlich erleichtert wird. Vor Allem muss aber nachträglich für gute Fixation der Extremität in richtiger Stellung und natürlicher Länge gesorgt werden und zwar am besten durch Gypsumgüsse oder Gypsverbände, welche G. schon seit 1863 bei Gelenkaffectionen erprobt hat. **Lesser** (Berlin).

J. White. Giftige Eigenschaften der Arnica-Tinctur für die Haut.

(Boston med. and surg. Journ. 1875. p. 61.)

Da über schädliche Folgen der so häufig applicirten Arnicatinctur bisher von ärztlicher Seite sich keine warnenden Stimmen erhoben haben, so berichtet W. ausführlicher über 3 Fälle, in welchen die Anwendung der Arnicatinctur ein heftiges Eczem hervorrief, welches sich in einem Falle weit über die Applicationsstelle hinaus verbreitete und nur langsam verschwand. — Jeder Zweifel über die Art des Ausschlages und seines Zusammenhanges mit der Anwendung der Tinctur ist durch die genaue Darlegung der Fälle ausgeschlossen. — Am Schlusse seiner Arbeit weist W. auf die Möglichkeit hin, dass manche uns zur Behandlung kommenden Eczeme der Arnicatinctur ihre Entstehung verdanken mögen und dass er in der Literatur nur in Hebra's Hautkrankheiten in dem Kapitel über Erythema nodosum als schädliche Folgen der Tinctur, Dermatitis und Eczem angeführt finde. **Pils** (Stettin).

J. Pippingsköld. Ueber Erweiterung der Harnröhre.

(Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie 1874. Bd. III. Hft. 2.)

Nach Verf. ist die voraufgehende Erweiterung der Harnröhre bei eingreifenden Operationen, speciell am Gebärmutterhalse, am Gewölbe und an der vorderen Wand der Scheide, zu empfehlen, so wie leicht auszuführen. Diese Methode, anstatt mit Pressschwamm nach Huguier, mit glatt gedrechselten, zu 3 bis 4 zusammen eingeführten Laminariacylindern vorgenommen, beleuchten vier ausführliche Krankengeschichten, die im Original zu vergleichen sind.

Die Cylinder stören nicht das Uriniren, lassen sich leicht entfernen und verursachen nach der Dilatation keine Incontinenz. Die Wirkung der Erweiterung hat immer lange genug gedauert und ist einer in kürzerer Zeit mittelst Finger, Sonden oder Specula forcirten vorzuziehen. **Leopold** (Leipzig).

Kleinere Mittheilungen.

Aneurisma da arteria carotida externa direita curado pela compressão digital.

(O Correio medico de Lisboa 1875. No. 9. p. 97.)

Ein 36jähr. verheiratheter Mann, seit 16 Jahren in Bahia wohnend, hatte vor Jahren an rheumatischen Beschwerden und Husten gelitten. Seit einem Jahr stell-

ten sich Schmerzen rechts am Halse und am rechten Ohre ein. Wegen der entstandenen pulsirenden Geschwulst am Halse wurde im Septbr. 1874 ein erster Versuch mit der Digitalcompression der carotis communis vorgenommen, in den ersten 10 Tagen während 9 Stunden täglich, in den folgenden 29 Tagen während 14 Stunden täglich. Daneben Digitalis und Chloralhydrat innerlich und eine Eisblase auf den Hals. Nach 39 Tagen war zwar die Geschwulst kleiner und härter, pulsirte aber immer noch. Dies entmuthigte den Pat., der nach Lissabon reiste, um Barbosa zu consultiren. Die länglich ovale Geschwulst vom rechten Unterkieferwinkel bis zur Schilddrüse herabreichend, füllte den Raum an der Basis des trig. carotideum, zwischen Kopfnicker und Schildknorpel. Die Haut darüber mit zahlreichen Venennetzen. Die starken Pulsationen der Geschwulst, wobei dieselbe an Umfang zunahm, sowie die Blasegeräusche, verschwanden jedesmal bei Compression der carotis communis. Herz und Lungen gesund. Die Diagnose wurde auf Aneur. art. carot. ext. gestellt und die Digitalcompression von Neuem eingeleitet. Pat. vertrug dieselbe in sitzender Stellung nicht, daher wurde dieselbe in horizontaler Lage während 18 Tagen zu 10—12 Stunden täglich, dann ununterbrochen während 41 Stunden fortgesetzt. Nach 40 Tagen, während welcher man im Ganzen während 283 Stunden comprimirt hatte, konnte die Heilung als definitiv erklärt werden.

Nach dem Bericht ist dies der erste nach Digitalcompression der Carotis communis glücklich verlaufene Fall in Portugal. **Ullersperger** (München).

Burow (Königsberg). Zur Operation am hängenden Kopf.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 5.)

B. hat nach Rose's Vorschlag (cf. Centralbl. f. Chir. 1875, No. 7), am hintenüber hängenden Kopf zwei Geschwulstexstirpationen im Munde gemacht; zuerst eine Epulisexstirpation, wobei die Blutung am hängenden Kopfe grösser zu sein schien, als am aufrecht gehaltenen zu erwarten gewesen wäre. Wie ein nach der Operation erfolgendes Erbrechen erwies, war während der Narkose Blut verschluckt worden. In die Trachea war kein Blut gekommen und die Operation (Führung der Säge) eine bequemere, als bei aufrechter Stellung. — Bei einer zweiten Operation (Exstirpation zweier Tumoren des Gaumengewölbes) hatte kein Verschlucken von Blut stattgefunden. **v. Mosengeil** (Bonn).

Milner. Complete Trennung des Hinterhauptes von der Wirbelsäule.

(Bartholomew's Hospital-Reports. Bd. 20. p. 313.)

Dieser vom Verf. als Unicum bezeichnete Fall kam bei einem 38jähr. Manne zur Beobachtung, der 70′ hinabgestürzt war. Abgesehen von den zahlreichen Brüchen und Rupturen fand man das Hinterhaupt vollständig von der Wirbelsäule getrennt, ohne dass die Gelenkflächen des Hinterhauptbeins und des Atlas eine Spur von Verletzung darboten. Ausser den zwischen beiden Knochen befindlichen Bändern waren noch die ligg. later. und suspensor. dentis. epistroph. vom Hinterhauptsbeine abgerissen, die Vertebralgefässe und Medulla durchtrennt, der hintere Bogen des Atlas abgebrochen; eine Fractur der Schädelbasis war nicht nachzuweisen (Eröffnung der Schädelhöhle nicht gestattet). Eine 4″ lange Hautverletzung am Kinn war die einzige Wunde am Kopfe. Obwohl die Leiche in der Rückenlage gefunden wurde, kann die Kopfluxation nur durch Auffallen bei stark an die Brust adducirtem Kopfe erfolgt sein. Die 3 bekannten unvollkommenen Hinterhauptsbein-Luxationen von Lassus, Paletta und Bouisson referirt M. nach Malgaigne. **Pilz** (Stettin).

H. Fischer (Breslau). Zur Resection des Schulterblattes.

(Deutsche Klinik 1875. No. 1. p. 1.)

F. theilt 2 einander sehr ähnliche Fälle von Resection des Schulterblattes mit, welche er im Jahre 1873 und 1874 in seiner Klinik ausgeführt hat. In beiden Fällen handelte es sich um grosse Tumoren der Scapula, ein Enchondrom und ein Myxochondrom, welche beinahe das ganze Schulterblatt einnahmen. Es wurde ein

der Spina scapulae folgender Querschnitt gemacht und die ganze Scapula mit Ausnahme des Acromion und Gelenktheiles entfernt. Die Operation und Nachbehandlung geschah streng nach Lister's antiseptischer Methode. In beiden Fällen war bereits nach 4—5 Wochen die Heilung vollendet. **P. Bruns** (Tübingen).

H. Maas (Breslau). Grosser Echinococcus des Beckeneinganges.

(Deutsche Klinik 1875. No. 1. p. 2.)

Bei einem Echinococcus im rechten Hypochondrium von über Kindskopfgrösse wurde nach dem Verfahren von G. Simon zunächst die Doppelpunction mit 2 dünnen Troikarts und 3 Tage später die Incision zwischen diesen beiden und die Entfernung des Sackes vorgenommen. Operation und Nachbehandlung nach Lister's Vorschriften. Der Verlauf war vollkommen fieberlos, die Eiterung sehr gering, die Heilung bereits nach 21 Tagen vollendet. **P. Bruns** (Tübingen).

H. Ranke (Halle). Zwei Fälle von Hygromen der Bursa trochanterica.

(Aus der chir. Klinik des Prof. Volkmann. Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 4.)

In der Hallenser Klinik wurden von diesem seltenen Vorkommen fast gleichzeitig zwei Fälle beobachtet. Der eine betraf einen Bergmann, der in dem Mannsfelder Bezirk arbeitete, wo ein Kupferschieferflötz wegen der geringen Stärke der erzführenden Schicht nur $2^1/_2$—3 Fuss hoch abgebaut wird und die Arbeiter desshalb mit Hüfte und Achsel der linken Seite auf je einem Brette liegend arbeiten und rutschend sich weiter bewegen. Hierin liegt das aetiologische Moment für die betreffende Bursitis. Der Tumor bestand aus einer grösseren oberen, fluctuirenden und kleineren unteren scheinbar festern Geschwulstpartie, wurde in toto extirpirt, war gegen die Haut überall verschiebbar und enthielt etwas haemorrhagisch gefärbte Cystenflüssigkeit. Die Heilung erfolgte schnell unter Lister'schem Verfahren. — Der zweite Fall war ohne nachweisbaren Grund entstanden, betraf einen Oekonom von 19 Jahren. Die Geschwulst, seit 4 Jahren beobachtet, wuchs beträchtlich, verursachte Schmerz und Schwäche im Bein und war zuletzt mannskopfgross. Für einen kalten Abscess gehalten, wurde sie nach Lister geöffnet und documentirte sich durch Ausfluss von seröser Flüssigkeit mit vielen Reiskörnern als das, was sie war. Ein Versuch, durch Compressionsverband die Wandungen aneinanderheilen zu lassen, gelang wegen der Grösse nur an einzelnen Partieen. Im Uebrigen verlief die Heilung normal. **v. Mosengeil** (Bonn).

Hodge. Excision of the hip-joint in chronic arthritis or hip-disease.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 164. p. 177—182.)

H. theilt die Krankengeschichten von 7 zwischen dem 5. und 11. Jahre stehenden Kindern mit, die wegen ulceröser Coxitis im Hüftgelenk resecirt wurden. Allemal gaben die Indicationen zur Operation ausgebreitete Abscesse, welche sich 6 Mal in der Nachbarschaft des Gelenkes öffneten, einmal aber durch das Foramen obturatum zum Lig. Poupartii emporstiegen und an dessen oberen Rande durchbrachen.

Die weichen Gelenktheile waren allemal vollkommen zerstört, die Knorpel erodirt, Kopf und Hals des Knochens cariös, mehr oder weniger resorbirt und 2 Mal auf's Darmbein luxirt. Auch bestand in jedem Falle Caries der Gelenkpfanne, doch nur einmal von ihr aus eine Perforation nach dem Becken. 5 Mal mussten constitutionelle Anlagen, 2 Mal daneben auch Trauma als Ausgangspunkt der Erkrankung angenommen werden.

Unmittelbar tödtlich verlief nur ein Fall, bei welchem der Operation sofort ein Erysipel folgte. 3 Mal kam es zur Fistelbildung und amyloiden Degeneration der grossen Unterleibsdrüsen; 3 Mal vernarbte die Resectionswunde in wünschenswerther Weise.

Vom Femur wurden meist beide Trochanteren, von der Pfanne nur die erkrankten Stellen fortgenommen. Offene Wundbehandlung und gleichzeitige Extension der Extremität nach der bekannten Weise.

Sayre in New-York resecirte in ähnlichen Fällen 50 Mal und verlor etwa 25% der Operirten vor der festen Vernarbung der Wunde. **Wilh. Koch** (Berlin).

Morton. Pennsylvania hospital. Gunshot wound of the knee-joint.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 162. p. 151.)

Ein 45jähr. Arzt bekommt aus nächster Nähe eine Pistolenkugel in's linke Kniegelenk, die die grossen Gefässe und Nerven der Kniekehle in Mitleidenschaft gezogen haben musste, da schon einige Stunden nach der Verletzung der Unterschenkel unempfindlich und stark geschwollen war und die Pulsationen in beiden Art. tibial. fehlten. Am folgenden Tage nach dem Auftreten von Blasegeräuschen in der Kniekehle Amputation des Oberschenkels.

Section des Stumpfes. Nerv. popliteus extern. gequetscht. In der Arteria poplitea ein ca. $^1/_8$ Zoll grosses einfaches Loch mit zerfetzten Rändern, in der Nähe desselben ein Knochensplitterchen in der Arterienwand. Vena poplitea an 2 Stellen durchschlagen. **Wilh. Koch** (Berlin).

H. Marsh. Syphilitische Affection der Patella.

(Bartholomew's Hospital-Reports. Bd. 10. p. 395.)

Ein 29jähr. Mann, welcher secundäre Affectionen gehabt hatte, bekam nach Stoss am l. Knie vorübergehende Schwellung und Schmerzhaftigkeit; 6 Monate später traten heftige nächtliche Schmerzen in dem von Neuem geschwollenen Knie auf; Jodkali schaffte Linderung. Jetzt, nach einigen Jahren, erscheint die Haut über und um die Patella geröthet; mit Venennetzen durchzogen; Patella selbst sehr empfindlich, in allen Durchmessern vergrössert (3″ l. und $2^1/_2$″ br.), die Function des Beines gestört; Jodkali in grossen Dosen lange gebraucht, hebt nur die Schmerzen auf. Somit handelt es sich wohl bei Abwesenheit jedes anderen Knochenleidens um eine auf syphilitischer Grundlage durch Trauma hervorgerufene Ostitis und Periostitis der Patella. **Pilz** (Stettin).

Bloxam. Luxation der Kniescheibe.

(Med. Soc. of London 1874. Nov. 30. Lancet 1874. Vol. II. p. 800.)

Ein 10jähr. Knabe hatte seit 5 Jahren eine Luxation (complete? Ref.) der Patella (traumat. oder spont.?); diese Luxation entstand jedesmal bei der Beugung des Kniees und wurde aufgehoben durch die Streckung desselben; in der Familie bestand Rachitis. (Der Bericht ist zu knapp, um den Werth des möglicherweise sehr interessanten Falles würdigen zu können.) **Pilz** (Stettin).

Davy. Kniegelenksresectionen.

(British med. Journal 1875. p. 15. — London med. Soc.)

D. giebt die Resultate über 7 von ihm im Westminster-Hospital ausgeführte Kniegelenksresectionen. 2 sind etwas gekrümmt geheilt; alle können trotz der eingetretenen Verkürzung mit erhöhtem Stiefel sehr gut gehen; die mittlere Aufenthaltsdauer im Spitale betrug 82 Tage. Zur Erreichung dieses Resultats trugen wesentlich bei die blutsparende Methode Esmarch's und die einfache Nachbehandlung in absoluter Ruhestellung. **Pilz** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 14. **Sonnabend, den 3. April.** **1875.**

A. Frisch. Experimentelle Studien über die Verbreitung der Fäulnissorganismen in den Geweben und die durch Impfung der Cornea mit pilzhaltigen Flüssigkeiten hervorgerufenen Entzündungserscheinungen.

Erlangen, **Ferd. Enke** 1874.

Bei der durch mannigfache Untersuchungen constatirten Empfänglichkeit der Hornhaut für Impfungen mit pilzhaltigen Stoffen hielt F. die Cornea für ein besonders geeignetes Organ, um die Beziehungen der Pilze zur Entzündung experimentell festzustellen.

Zuerst studirte er die Verbreitung der Pilze im Gewebe der faulenden Hornhaut, des faulenden Muskels und der faulenden Haut.

Es zeigte sich, dass an der Hornhaut die Pilze sehr allmälig vom Epithel aus in die Grundsubstanz eindringen, sich dort in die inter-

fibrillären Spalträume lagern und so die Hornhautsubstanz lockern. Ausserdem und zwar noch rascher als in den Spalträumen dringen sie in dem präformirten Netz der Saftcanälchen vor. Ganz ausserordentlich beschleunigen kann man alle Stadien des Fäulnissprocesses, wenn man denselben im Brütofen vor sich gehen lässt. Verletzt man durch Stiche oder Einschnitt das Hornhautepithel, so findet von der Verletzung aus das Eindringen der Pilzvegetationen ungleich rascher statt, das Epithel setzt dem Eindringen der Pilze einen Widerstand entgegen, der proportional ist der Dicke und Festigkeit desselben.

Lässt man die ausgeschnittene Hornhaut zwischen Objectträger und Deckglas mit Zusatz einiger Tropfen destillirten Wassers faulen, so hält sich das Gewebe Monate lang intact. Man findet nach einigen Tagen im Gewebe rundliche, gelbliche, stark lichtbrechende Körperchen (Dauersporen). Diese Dauersporen theilen sich und häufen sich in Gruppen an, sie lassen Bacterien und Coccus hervorspriessen, die dann nach Wochen wieder neue aber farblose Dauersporen hervorbringen; es tritt ein Zustand der Ruhe ein, dessen Dauer nicht festgestellt ist.

Auch hier werden die Vorgänge sehr wesentlich beschleunigt bei höherer Temperatur. Das Gewebe der Hornhaut zerfällt in wenigen Tagen.

Setzt man die Cornea unter den beschriebenen Verhältnissen nur während einiger Tage täglich ein oder zwei Stunden der hohen Temperatur des Brütofens aus, so kann man die von Eberth bei Impfungen in die Cornea gefundene sternförmige Pilzfigur bekommen, die hier zumeist aus Stäbchenbacterien besteht.

Ganz ähnliche Verhältnisse zeigte faulendes Muskelgewebe.

Faulende Haut setzt dem Eindringen der Pilze sehr grossen Widerstand entgegen. Sie folgen auch hier zuerst meist anatomisch präformirten Wegen, Schweissdrüsengängen, Haarbälgen und Talgdrüsen.

Die Folgerungen, die F. aus diesen Versuchen zieht, sind folgende:

1) Die Coccobacteria septica verbreitet sich im faulenden Gewebe nach den Richtungen, in denen sie den geringsten Widerstand findet.

2) Sie verbreitet sich nicht durch active Bewegung, sondern durch rasche Vermehrung.

3) Ihre Wirkung ist in den ersten Stadien der Fäulniss eine rein mechanische. Auch für die letzten Stadien scheint, da der Gewebszerfall nicht parallel läuft mit der Vermehrung der Bacterien, die Auflösung der Gewebe nicht allein als Arbeitsleistung der Pilzorganismen aufzufassen zu sein.

4) Bei der Fäulniss an freier Luft wandern die Pilze von aussen in die Gewebe ein, bei der Fäulniss unter dem Deckglase oder im Paraffin sind die auftretenden Bacterien Abkömmlinge der im Gewebe vorhandenen entwicklungsfähigen Bacterienkeime.

Auch F. betont, dass eine sichere Diagnose der Bacterien nur möglich ist, wo dieselben entweder in grösseren Massen angehäuft

sind, oder wo sie besonders charakteristische Formen (Stäbchen, Kettenformen) zeigen. Zur Sicherung vor Irrthümern ist der Gebrauch sehr starker Objective unerlässlich.

Die gefaulten Gewebe wurden theils frisch, theils erhärtet untersucht. Die Schnitte wurden zum Theil mit Carmin, Hämatoxilin und andern bekannten Färbemitteln behandelt.

Weiterhin erörtert F. die bei Impfung in die Hornhaut auftretenden Erscheinungen. Betreffs der genauen Beschreibung der bereits bekannten charakteristischen Sternfigur muss ich auf das Original verweisen. Zur Entscheidung der Frage, ob die Sternfigur wirklich aus Pilzelementen entstehe, oder ob man es nicht doch vielleicht mit eigenthümlichen Entzündungsproducten zu thun habe, versuchte er todte Hornhäute zu impfen und fand, dass wenn man die geimpften Hornhäute in der feuchten Kammer bei einer Temperatur von 38—40° C. aufbewahrt, wirklich Sternfiguren entstehen.

F. erklärt die Entstehung der Sternfigur durch eine Einlagerung der Pilze in die interfibrillären Spalten der Hornhaut.

Ausser dieser Form der Pilzwucherung constatirte F. für die ersten Zeiten nach der Impfung eine Fortpflanzung der Pilze durch das System der Saftcanälchen um die Impfstelle herum und längs der Nervenfasern.

Die Fortpflanzung der überimpften Organismen lässt sich ohne Annahme einer selbständigen Bewegung derselben einfach durch Wachsthumsdruck erklären. Sich selbständig bewegende Pilze fand F. nur einmal bei Impfung blassröthlicher, auf faulenden Kartoffeln gezüchteter Pilzvegetationen.

Jede erfolgreiche, d. h. von einer Entwicklung der Sternfigur begleitete Impfung führt zu einer Entzündung; doch kann die Entzündung so geringfügig sein, dass sie makroskopisch gar nicht sichtbar ist. Trübung und Pilzfigur verschwinden gleichzeitig durch Resorption. (Auf einfache Stiche reagirt die Cornea so gut wie gar nicht.)

Bei stärkerer Reaction kommt es zuerst zu einer Prominenz des Impfstichs und zu den Zeichen einer Conjunctivitis. Späterhin gestaltet sich der Verlauf verschieden:

1) Die prominente von einem entzündlichen Walle umgebene Sternfigur stösst sich ab; es entsteht ein seichtes Geschwür, das mit oder ohne Perforation und Hypopyon rasch heilt.

2) Das Geschwür vergrössert sich rasch, führt zu Hypopyon, häufig zur Perforation. Die Heilung erfolgt unter Narbenbildung und Gefässentwicklung auf der Hornhaut. Allmählich verschwinden auch diese (Hypopyon-Keratitis). Derselbe Process kann auch einen ungemein langsamen protrahirten Verlauf nehmen.

3) Es kommt zur Nekrose der Hornhaut, Panophthalmitis und Verlust des Auges (Hornhautdiphtherie).

Bei der ersten Form wirkt die Pilzwucherung einfach als mechanischer Reiz, die Entzündung stösst sie ab, wie sie einen Aetzschorf abstösst.

Bei der Hypopyonkeratitis findet keine vollständige Abstossung der Pilzmassen statt, dieselben wuchern im Geschwüre weiter und wirken als beständiger Entzündungsreiz, bis die Reactionskraft der Cornea und die Proliferation der Pilze aufhört und die Ausheilung beginnt.

Bei der Hornhautdiphtherie kommt es zu einer raschen Verbreitung der Pilze durch das ganze Auge. Doch geht der fortschreitenden Entzündung nirgends die Einwanderung der Pilze voran.

In allen diesen Fällen war die charakteristische Pilzfigur gleichmässig gut entwickelt. Um zu entscheiden, ob die verschiedene Wirkung auf verschiedene Pilzspecies zurückzuführen sei, wurden sehr zahlreiche Versuche mit verschiedenen pilzhaltigen Flüssigkeiten angestellt.

Hierbei zeigte sich zuerst, dass die Entstehung der Sternfigur unabhängig ist von der Menge, Grösse und Form der Pilzelemente. Das Ausbleiben der Figur hat entweder seinen Grund in Versuchsfehlern, oder darin, dass die Impfstoffe nach einer grossen Schwankungen unterliegenden Zeit ihre Wirksamkeit verlieren, oder endlich darin, dass die vitalen Processe, die Energie des normalen Stoffwechsels die Proliferation der Pilze verhindern. Im letzten Falle gelingt dann noch die Impfung auf die todte Hornhaut.

Die verschiedene entzündliche Wirkung der verschiedenen Impfstoffe ist im Original tabellarisch zusammengestellt.

Am intensivsten wirkte faules Fleischwasser und Brei von Hospitalbrand, am schwächsten fauler Harn, guter Abscesseiter etc.

Da nun in allen diesen Fällen die gleiche charakteristische Pilzfigur zu Stande kam, und da morphologische Unterschiede der Pilzorganismen bei den verschiedenen Entzündungsformen nicht nachzuweisen waren, da ferner die Annahme, dass die Differenz der Entzündung durch mit den Pilzen gleichzeitig übertragene flüssige Stoffe entstehe, durch Filtrationsversuche von Eberth zurückgewiesen ist, bleibt nur übrig anzunehmen, dass diese Verschiedenheit auf gewisse vitale Processe der Organismen zurückzuführen sei.

Da nun die verschiedenen Wirkungen in gewissen Beziehungen standen zu dem Charakter des Processes, der die Impfflüssigkeit geliefert hatte, so glaubt F., dass die verschiedenen Entzündungsprocesse den Pilzorganismen die verschiedenen vitalen Eigenschaften überliefern, dass dann ihrerseits diese Pilzorganismen wieder nach der Impfung ähnliche Entzündungsformen erzeugten, die ihnen selbst wieder das specifische Nährmaterial zuführten.

Ferner stellte F. Ueberimpfungen von kranken auf gesunde Augen an. Es zeigte sich hierbei, dass Hornhautdiphtherie und Hypopyon-Keratitis übertragbar sind, letztere aber nur im progredienten Stadium. Nach mehreren Ueberimpfungen verlor sich die Uebertragbarkeit.

Impfungen mit eingetrockneten als wirksam bekannten Flüssigkeiten, nachdem sie wieder angefeuchtet waren, blieben meist erfolglos, nur einige frische Entzündungsproducte wurden wieder wirksam

und auch diese nur, wenn sie einige Zeit im Brütofen angesetzt wurden.

Eine Temperatur von 60—100° C. hebt die Wirksamkeit der Impfstoffe meist auf, nur einmal blieb ein Entzündungssecret trotz mehrmaligen Kochens wirksam.

Bei Verdünnungen bleibt die Wirksamkeit bis zu einem gewissen Grade (höchstens bis $^1/_3$) erhalten.

Die Behauptung Eberth's, dass die meisten geimpften Thiere zu Grunde gehen, bestreitet F. Vermuthlich waren Eberth's Thiere unter sehr ungünstigen Verhältnissen aufbewahrt.

Impfung der Hunde- und Meerschweinchenhornhaut giebt nur die leichtesten Affectionen, vermuthlich weil bei diesen Thieren eine Ansammlung der Pilze in grösseren Massen nicht vorkommt. Auch bei Tauben und Fröschen gelingt weder die Erzeugung von sternförmigen Figuren, noch von progredienten Processen. Wohl aber findet sich eine Verbreitung der Pilze in den Saftcanälchen mit umschriebenen kleineren Entzündungsherden ohne Geschwürsbildung.

Am besten gelingen die Impfungen im Frühjahr und Sommer.

Lichtheim (Breslau).

G. Semmer. Ueber die Faserstoffbildung im Amphibien- und Vogelblut und die Entstehung der rothen Blutkörperchen der Säugethiere.

Inaug.-Diss. Dorpat. 1874. 69 Seiten. 1 lithogr. Tafel.

In einer sorgfältigen, unter A. Schmidt's Leitung vollendeten Arbeit bespricht Verf. zunächst die Veränderungen der rothen Blutkörperchen von Amphibien und Vögeln nach Zusatz verschiedener chem. Reagentien und verweilt dann länger bei der Thatsache, dass nach Zusatz von schwacher Natronlösung oder destillirtem Wasser zu rothen, von genuinem Fibrin und Serum isolirten Blutkörperchen sich aus denselben ein Faserstoff bildet, welcher von dem gewöhnlichen, bei Gerinnung des Blutes gebildeten, sich nicht unterscheiden lässt. Eine Reihe hieran geknüpfter Versuche führen den Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) »Sowohl die fibrinoplastische, als auch die fibrinogene Substanz wird von den rothen Blutkörperchen geliefert.

2) Das Hämoglobin ist bei der Faserstoffbildung nicht betheiligt.

3) Die Fibringeneratoren stammen aus dem Protoplasma der Blutkörperchen.

4) Es besteht kein Unterschied zwischen dem genuinen und dem durch Wasserzusatz ausgeschiedenen Faserstoff.

5) Die bei der Zerstörung der Blutkörperchen durch Natron gebildete Masse enthält einen dem Faserstoff nahe verwandten Körper«.

In der zweiten Abtheilung bespricht Verf. die Verhältnisse beim Säugethierblut, aus dessen rothen Blutkörperchen sich der Faserstoff

indessen nicht darstellen liess. Im Säugethierblut aber (am in der Kälte sehr langsam gerinnenden Pferdeblut besonders gut zu beobachten) finden sich eigenthümliche rothe Körnerkugeln, die in Form und Grösse den farblosen Blutkörperchen entsprechend, aber wie rothe gefärbt, offenbar Uebergangsstufen von farblosen zu rothen Blutkörperchen darstellen. Diese Körnchenkugeln betheiligen sich, wie man unter dem Mikroskop direct verfolgen kann, an der Faserstoffbildung, leisten also dasselbe wie die rothen Blutkörperchen der Amphibien und Vögel, verhalten sich ihnen überhaupt so ähnlich, dass man sagen kann: »die rothen Körnerkugeln der Säugethiere und die rothen Blutkörperchen der Amphibien und Vögel sind homologe Zellformen«.

(Die Mittheilung von Landois über die »Auflösung der rothen Blutzellen« und die Bildung des »Stromafibrin« — Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1874. No. 27, ref. im Centralbl. f. Chir. 1874. No. 19 — scheint dem Verf. nicht bekannt gewesen zu sein. Ref.)

A. Bidder (Mannheim).

F. Parona. Rendiconto biennale di clinica chirurgica.

(Gazz. med. ital. Lombardia 1875. No. 4.)

In der vorliegenden Nummer werden zunächst die Blasenkrankheiten abgehandelt. Von 6 Katarrhen des Blasenhalses wurden 3 durch innere Mittel, Bäder etc. geheilt; bei 3 wurden Injectionen von Höllensteinlösung in die Blase (10—15 Tropfen einer Lösung von 1 : 60) vorgenommen. Nach der Injection Schmerz und Harndrang während ungefähr 6 Stunden. Die Einspritzungen wurden in Zeiträumen von 5—6 Tagen wiederholt. Je 3 derselben führten in allen 3 Fällen Heilung herbei.

Von zwei Steinkranken wurde einer durch Lithothripsie in 5 Sitzungen geheilt. Der andere, ein 13jähr. Knabe, starb am 4. Tage nach Ausführung des Lateralschnittes.

Obwohl bei der Section ein geringes peritoneales Exsudat und eine beginnende retroperitoneale Phlegmone nachgewiesen wurde (ein so typischer Befund bei frühem Exitus nach Steinschnitt, Ref.), zweifelt doch P., ob nicht die vielen Spulwürmer, welche sich im Darmcanal vorfanden, die Ursache des Todes waren (!!) und nimmt sich in Zukunft vor, dem Steinschnitt ein Wurmmittel vorausgehen zu lassen, um so mehr, als nach Rizzoli bei Steinkranken Darmwürmer ein sehr häufiger Befund sein sollen.

Von 12 Hydrocelen wurden 10 durch einmalige Jodinjection geheilt, 2 Mal musste die Injection wiederholt, bei einem von diesen Fällen schliesslich zur Drainage gegriffen werden.

Von 2 Blasenscheidenfisteln wurde eine durch 3malige Operation vollkommen geheilt, bei der zweiten konnte es sich nur um Kolpokleisis handeln, welche aber nur theilweise gelang.

Ein weiterer Fall betrifft eine Frau, welche nach der Entbindung

die heftigsten Hämorrhagieen hatte und schon äusserst elend in's Spital kam. P. fand den Uterus invertirt und reponirte ihn. Die Blutungen hörten zwar auf, doch erholte sich die Frau nicht und erlag der Anämie. **Menzel** (Triest).

M. Vincendon. Quelques considérations sur le traitement du mal vertébral de Pott.

Thèse, Paris, 1874.

Verf. rühmt auf Grund von 17 Krankengeschichten, die zum grössten Theil Kinder unter 10 Jahren betrafen, von denen sich aber die meisten noch in Behandlung befinden (!), folgende Therapie: permanente ruhige, halb sitzende (darauf legt Verf. besonders Gewicht) Lage im Bett, Jodeinpinselungen, Jodpräparate innerlich, Chinawein, Schwefelbäder, Leberthran. Die Anwendung von Exutorien und Cauterien wird verworfen; dagegen werden die von älteren Chirurgen und auch jetzt von Triboulet benutzten Emetica und Purgativa, mit nachfolgendem tonisirenden Verfahren, im acuten, fieberhaften Stadium des Leidens empfohlen. — Die orthopädische Behandlung wird ohne jede eigene Erfahrung verworfen, für die Spondylitis cervicalis indessen die Nützlichkeit von Stützapparaten zugegeben.

A. Bidder (Mannheim).

Dubreuil-Chambardel. Traitement des déviations du rhachis.

(Séance de la société de chir. du 4. Nov. 1874.)

Verf. behauptet, dass die üblichen Behandlungsweisen der Scoliose nie von Erfolg begleitet sein können. D.-Ch. will durch das Körpergewicht allein wirken, und versichert, in dieser Weise Scoliosen des 2. Grades in 8 bis 12 Monaten geheilt zu haben. Er wendet 5 Stellungen an; die wichtigste davon, welche die Extension durch's Körpergewicht zum Ziele hat, sei jene, bei welcher der Pat. durch 3 Minuten den Kopf abwärts hängend gehalten werde, während die Füsse horizontal auf den Knieen des Chirurgen liegen. D.-Ch. macht also die Extension mittelst der über der Difformität gelegenen Körpertheile. Bei Scoliosen 3. Grades sei das Verfahren wirkungslos; für geringere Grade aber komme man, wie der Ref. bemerkt, auch mit den anderen Verfahren zum Ziel.

St. Germain bemerkt, D.-Ch.'s Verfahren habe den Vorzug, dass es auch von den Eltern der Kinder geübt werden könne; auch fordere es wenig Zeit. St. G. suspendirte zuweilen mehrere Kinder auf einmal in dieser Weise auf einem harten Bette. Zugleich mit dem Mieder von Ducresson angewandt, führe dies Verfahren bei leichteren Graden der Scoliose zu ziemlich guten Resultaten.

Fr. Steiner (Wien).

P. Satre. D'une tumeur périnéale, dépendant de l'infiltration lente de l'urine.

Thèse, Paris, 1874.

Die vom Verf. besprochene seltene Form der Harninfiltration steht meistens mit einer Verengerung der Harnröhre, gleichviel aus welcher Ursache entstanden, in Zusammenhang. Hinter der Strictur bildet sich entweder eine Ulceration der Schleimhaut, durch welche der Urin bei plötzlicher starker Pression in's Zellgewebe gelangt, oder die Schleimhaut wird durch Bougies, Sonden etc. verletzt, oder es wird geradezu ein falscher Weg gebahnt durch forcirten Katheterismus und dergl. Durch den Reiz des — in den wenigen Fällen, die darauf hin untersucht wurden, normalen — Urins wird eine chron. Entzündung angeregt, welche zu jener Induration des Bindegewebs führt; dieser schwielige in der Perinealgegend prominirende Tumor hat einen sich gleichsam verjüngenden Stiel, welcher bis zur lädirten Stelle der Urethralschleimhaut führt. Die Quantität des eindringenden Urins ist sehr gering. Ist der letztere ammoniakalisch oder sonst zersetzt, so bildet sich eine acute Entzündung mit Ausgang in Eiterung, Nekrose u. s. w. Dieses letztere kann natürlich auch bei einer »Infiltration lente« eintreten, wenn zu derselben noch neue Schädlichkeiten hinzutreten.

Den Sitz des Tumors anlangend, so nimmt Verf. mit Gosselin an, dass die von der Pars membranacea ausgehende Infiltration wohl immer sich zwischen mittlerem und oberflächlichem Blatt der Fascia perinei erstrecke.

Den anatomischen Befund und die Symptomatologie behandelt Verf. kurz, um dann auf die Diagnose, besonders die differentielle, überzugehen, wobei eine Aeusserung von Verneuil angeführt wird, welcher sagt, er habe kaum einen Perinealtumor gesehen, der nicht von einer Affection der Harnwege abhänge.

In Bezug auf die Therapie ist bemerkenswerth, dass wenn die völlig bequeme Wegsamkeit der Harnröhre wieder hergestellt ist, sei es durch Dilatation, oder innere oder äussere Urethrotomie, der Tumor bald heile. Verf. empfiehlt in den geeigneten Fällen besonders die Anwendung der »Sonde à demeure«.

6 ausführliche Krankengeschichten, welche Verf. zum Theil Dolbeau zu verdanken hat, illustriren das Obengesagte.

A. Bidder (Mannheim).

Démarquay. Études physiologiques à cause d'un anus contre nature.

(Séance de la société de chir. du 4. Nov. 1874.)

D. studirte bei einem 63jähr. Manne, welchem wegen brandiger Inguinalhernie ein künstlicher After am unteren Dünndarmabschnitte etablirt worden war, den Gang des Darminhaltes. Wenn Pat. nicht

an Verdauungsstörungen litt, so verging eine ziemliche Zeit, bis der mit untersalpetersaurem Wismuth gefärbte Speisebrei wieder austrat; war der Verdauungstractus aber irritirt, so erschien der Speisebrei schon nach 20 Minuten in der Fistelöffnung. Um die Absorptionsschnelligkeit der Darmschleimhaut zu studiren, wurden 100 grm. Gummiwasser, enthaltend 1 grm. Jodkali, in die Fistel eingebracht. Ein Katheter war in die Blase eingeführt. Nach 8 Min. fand man Jod im Harn und im Speichel. Brachte man die Jodlösung in den Magen ein, so zeigte sie sich nach 40 Minuten im Harn; injicirt in's Rectum zeigten sich Spuren von Jod nach 25 Minuten im Harn. Eine Injection der Jodlösung in's Zellgewebe liess nach 20 Min. Jod im Speichel und nach 40 Min. im Harn constatiren. D. schliesst aus der rascheren Absorption des Jod vom Dünndarm aus, dass in der Natur des Epithelüberzuges die Ursache gelegen sei, und nicht im Venensystem, welches ja im Magen reicher entwickelt sei, als im Darme.

Fr. Steiner (Wien).

Démarquay. Opèration de la fistule recto-vaginale.

(Séance de la société de chir. du 4. Nov. 1874.)

D. bezeichnet als Ursachen des häufigen Misslingens der Recto-Vaginalfisteloperationen die Ansammlung von Kothmassen im Rectum und insbesondere den Widerstand der Aftermündung beim Stuhlgange, wobei auch eine transversale Ausdehnung des unteren Theiles der hinteren Scheidenwand stattfinde. Er empfiehlt daher der Operation den hinteren Sphincterenschnitt vorauszuschicken und theilt einen in dieser Weise glücklich geheilten Fall mit. Die Anfrischung der Fistel geschieht von der Mastdarmseite; Verf. wendet die Blandin'sche gekrümmte Nadel und Metallsuturen an, deren Enden in der Vagina zusammengedreht werden. **Fr. Steiner** (Wien).

J. J. Lansac. Quelques considérations sur les hernies graisseuses.

Thèse, Paris, 1874.

Unter Fettbrüchen versteht Verf. solche mit dem Peritoneum parietale oder viscerale zusammenhängende Fettgeschwülste, welche natürliche oder accidentelle Oeffnungen durchbrechend, an verschiedenen Stellen des Abdomens vortreten und zwar an solchen, wo auch wirkliche Hernien sich zeigen.

In vielen Fällen sind die Umhüllungen die gleichen, wie bei gewöhnlichen Hernien. Man kann 3 Varietäten unterscheiden: 1) Es findet an der äusseren Fläche des Peritoneums Fettwucherung statt; die Fetttumoren wachsen zum annulus cruralis, canalis inguinalis etc. hervor und ziehen das Peritoneum nach, so dass sich ein Sack bildet,

in dem eine wirkliche Hernie entstehen kann. 2) Der Fettbruch würde nichts Anderes sein, als ein alter Herniensack, mit Fett umhüllt, eine Ansicht, der Nélaton und Bernatz huldigen, während Gosselin dieselbe nicht theilt. 3) Das Fett liegt im Innern eines Bruchsackes, dessen Hals verschlossen (obliterirt) sein kann oder nicht. In diesem Falle ist der Fettbruch vom Peritoneum überzogen.

Dass die Fettgeschwulst das Peritoneum durchbreche und so in den Bruchsack gelange, scheint sehr unwahrscheinlich; richtig sei wohl die Ansicht Lannelongue's, dass bei einem Bruchsack, aus dem die Eingeweide zurückgetreten sind, der Hals obliterire und sich nun vom Peritoneum des Sackes aus, wie bei chron. Entzündung, Bindegewebswucherung mit nachträglicher Fettablagerung bilde, worauf dann der Fettbruch fertig sei. Eine Section, wo die Abdominalöffnung einer inneren Leistenhernie sich obliterirt fand, während unter dem Peritoneum im Leistenring und Leistencanal ein Fettstrang der arteria spermatica anlag, wird mitgetheilt.

Nach Anführung zweier Fälle von Fleury, wo sich die Fettbrüche von Peritoneum umhüllt fanden, geht Verf. auf die differentielle Diagnose der Fettbrüche und deren Behandlung über, welche man im Original nachsehen wolle. **A. Bidder** (Mannheim).

R. Paschen. Zur Pathologie der Knochen und Gelenke.

(Aus der chir. Klinik zu Rostok. — Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. IV. Hft. 5 u. 6.)

1. Eine knorpelige Synostose nach Knieresection, nebst Bemerkungen über die Endresultate kindlicher Kniegelenksresectionen.

Bei einem Mädchen von 9 Jahren wurden wegen eiteriger Kniegelenkentzündung innerhalb der Epiphysen resecirt, doch musste 5 Monate später wegen periarticulärer Fisteln, die mit localer Tuberkelbildung combinirt waren, die Amputation gemacht werden. Es fand sich zwischen den Epiphysen der Tibia und des Femur eine Schicht Zwischensubstanz, welche vorne 3, hinten $4^1/_2$ Mm. dick, in ihrer hinteren Hälfte bindegewebig, in ihrer vorderen knorpelig war; und zwar bestand sie ganz vorn, wo sie mit den Resten der Gelenkknorpel in Verbindung war, aus hyalinem Knorpel, weiter nach rückwärts aus Faserknorpel, der allmälig, ohne regressive Metamorphose zu zeigen, in Bindegewebe überging. Hauptsächlich aus dem letzteren Umstande schliesst Verf., dass hier eine knorpelige Umwandlung des Bindegewebes (und nicht das Umgekehrte) stattfand. Durch den Knorpel, an dem man sonst keine Umbildung in Knochen wahrnehmen konnte, ging eine dünne Knochenspange von der Tibia zum Femur.

P. hält die knorpelige Verbindung nach Resectionen innerhalb der Epiphysen bei Kindern für häufiger, als die knöcherne.

Ausserdem theilt P. die nachträglichen Befunde (nach 4 und 6

Jahren) von 3 Fällen von Knieresection an Kindern mit, welche Prof. König in seinen »Beiträgen zur Resection des Kniegelenkes« bald nach der Heilung als gute Resultate beschrieben hatte. Es hatte in jedem Falle die Längendifferenz der unteren Extremitäten sowie auch die (ursprünglich angestrebte leichte) Winkelstellung im Knie beträchtlich zugenommen, so dass der Winkel einmal 140°, zweimal 90° betrug. (Eine Verschiebung der Knochenenden aneinander hatte nicht stattgefunden.)

P. glaubt, dass die ursprünglich angestrebte leichte Flexion im Knie die Schuld daran trage, indem dadurch beim Gehen der Druck auf dem hinteren Theile der Epiphysen grösser sei, als auf dem vorderen, und dass infolge dessen das Wachsthum vom hinteren Theile des Epiphysenknorpels aus beeinträchtigt werde. Es wäre danach bei Kindern nach der Knieresection stets die geradlinige Vereinigung anzustreben.

2. Ein geheilter Fussgelenkschuss.

P. giebt die Abbildung des Präparates von einer conservativ behandelten Schussverletzung, die quer durch das Sprunggelenk verlief; die Heilung ist noch nicht vollendet, das Gelenk in guter Stellung bindegewebig ankylotisch. **Gersuny** (Wien).

W. H. Spencer. On the treatment of rheumatism and gout with trimethylamine.

(The Practitioner 1875. February.)

Nach einem kurzen Ueberblick über die Geschichte und die chemischen Eigenschaften des Trimethylamin theilt Verf. 22 Fälle von acutem und chronischem Gelenkrheumatismus mit, in welchen durch die Anwendung des genannten Heilmittels ganz ausgezeichnete Erfolge erzielt wurden. Die Schmerzen und die Schwellung der Gelenke liessen sehr bald nach. Verf. hat im Ganzen 60 Fälle mit Trimethylamin behandelt und empfiehlt letzteres auf's Angelegentlichste.

Bekanntlich hat Awenarius das Trimethylamin (unter dem Namen Propylamin) zuerst gegen »Rheumatismus« angewandt und über 250 erfolgreiche Fälle berichtet. **Tillmanns** (Leipzig).

P. Gueterbock (Berlin). Neue Untersuchungen über einige Formen des conischen Amputationsstumpfes.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 4.)

Im Anschlusse an eine frühere Arbeit (Arch. f. klin. Chir. XV. p. 283) bespricht G. kurz die durch Hyperostosen des Knochenendes entstehende Conicität des Stumpfes, um zur Besprechung der Atrophie des Knochenstumpfes (meist als Atrophie des Amputations-

stumpfes bezeichnet) überzugehen. — Nachdem G. die Ansichten von Louis, A. Förster, Paget, R. Volkmann u. A., so wie die einschlägigen Experimente von v. Rustitzky und Ollier erwähnt hat, spricht er sich nach seinen Untersuchungen dahin aus, dass die Atrophie des Knochenstumpfes namentlich im Verhältniss zur Volumszunahme des Knochens ein seltenes Vorkommniss ist. Verf. weist ferner darauf hin, dass bei äusserlich gleichem Verhalten, eine Durchsägung atrophischer Stümpfe sehr verschiedene Bilder giebt. — Die höchsten Grade der Atrophie kommen durch Stehenbleiben im Wachsthum in Verbindung mit Nichtgebrauch des betreffenden Stumpfes zu Stande. — Die klinische Bedeutung dieses Vorganges erhellt schon daraus, dass man in Fällen dieser letzten Art für entsprechende Aenderung der Stelzfüsse Sorge zu tragen hat; ferner daraus, dass man in den Fällen, in denen die Atrophie durch eine rareficirende Ostitis hervorgerufen ist mit gleichzeitiger Veränderung der Weichtheile, besonders der knolligen Anschwellung der durchschnittenen Nervenenden, mit der Resection des Knochenendes nicht ausreicht, sondern eine Reamputation höher oben machen muss. Nur so kann der Pat. von seinen neuralgischen und entzündlichen Beschwerden im Stumpfe befreit werden. — Zum Schlusse bespricht Verf. kurz die Conicität des Stumpfes, welche durch Caries und Nekrose des Knochens bedingt ist. **Maas** (Breslau).

R. Moreau. Essai sur les fractures transversales simples de la rotule.

Thèse, Paris, 1874.

Verf. schliesst sich in Bezug auf die Patellafracturen durch directe Gewalt ganz den Ansichten Malgaigne's an — die Querfracturen durch Muskelzug werden durch einen krankhaften Zustand des Knochens begünstigt. Ueber die Differentialdiagnose von Zerreissung des ligam. patellae oder der Sehne des quadriceps femoris nichts Neues. — Die Prognose stellt er im Allgemeinen ziemlich günstig und meint, dass nicht so selten knöcherne Vereinigung erfolge, dass es aber auch, wo dies nicht der Fall sei, entschieden zu den Seltenheiten gehöre, wenn bei gut geleiteter Behandlung das Glied nicht fast in seinen normalen Zustand zurückkehre. Von den auf die Fragmente indirect wirkenden Verbandmethoden hält Verf. die von Richet für die beste. Derselbe legt nämlich einen Gipsverband an, legt aber das Knie durch ein grosses Fenster so weit frei, dass man die Fragmente durch Kautschukstreifen an einander halten kann. Der Verband wird 14 Tage nach Entstehen der Fractur angelegt und 14 Tage liegen gelassen. Um diese Zeit ist ein fibröser Callus gebildet und »une immobilité relative« genügt.

Hieran knüpft sich die Besprechung der Vorrichtungen, welche

die Fragmente direct zusammenhalten: also die Malgaigne'sche Klammer und der Apparat von Rigaud, welcher in das obere und untere Fragment Schrauben einsetzt und diese dann an ihren kurzen Stielen fest an einander bringt, so dass die Bruchstücke gut vereinigt sind.

Bei Fracturen, wo die Bruchstücke wenig auseinander stehen, also das peripatellare Gewebe nur theilweise zerrissen ist, komme man mit den indirect wirkenden Apparaten aus; wo aber die Bruchflächen um 6—10 Cm. auseinander klaffen, da solle man die direct wirkenden Mittel benutzen, und vor Allem sei hier der Rigaud'sche Apparat zu empfehlen.

Endlich theilt Verf. 4 Fälle von Querfracturen mit. In den beiden ersten (Männer von 44 und 68 Jahren) entstand die Fractur durch Fall auf's Knie bei halbgebeugtem Gelenk. Nach Ablauf der mässigen Reaction wurde trotz sehr geringen Abstandes der Fragmente die Rigaud'sche Schraube angelegt, neben einem festen Verband. Darauf schnelle Heilung; im ersten Fall mit fibrösem, in Ossification begriffenem Callus, im zweiten mit knöchernem Callus.

Der 3. Patient, ein 23jähr. Dragoner bekam durch einen Hufschlag eine Querfractur der Patella. Die Reaction war sehr stark, es bildeten sich Phlegmonen, Abscesse am Oberschenkel etc., so dass man sich in der Behandlung auf Ruhelagerung und Antiphlogose beschränkte. Nach Ablauf der Entzündungserscheinungen hatten sich die Fragmente durch festen fibrösen Callus vereinigt und es besserte sich die Functionstüchtigkeit immer mehr. — Beim 4. Fall, einen 47jähr. Mann betreffend, entstand die Fractur durch Fall auf's Knie. Gelenkentzündung. Fester Verband. Darauf Schienen mit Guttaperchastreifen zur Fixation der Fragmente. Langdauernde Behandlung; fibröser Callus, der sich bei Gehversuchen immer mehr dehnte. Bewegungsfähigkeit noch 4 Monate nach dem Bruch recht schlecht.

A. Bidder (Mannheim).

Kleinere Mittheilungen.

Davidson. Large coloboma of the upper eylid, successfully treated by operation.

(Med. tim. and gaz. 1875. Jan. 13. p. 169.)

Das Colobom befand sich am linken oberen Augenlid eines 3 wöchentlichen Mädchens an der Verbindung des inneren mit dem mittleren Drittel; es reichte bis zur Umschlagstelle der Conjunctiva auf den Bulbus. Vom oberen Ende setzte sich die äussere Haut auf den Bulbus bis nahe an den Cornealrand fort.

Die seitlichen Ränder des Coloboms wurden als schmale Lappen, die Basis am freien Augenlidrande gelegen, abpräparirt; aus der auf den Augapfel übergreifenden äusseren Haut ein viereckiger Lappen mit der Basis nach oben gebildet; nun wurden die Spitzen der beiden seitlichen Lappen vereinigt und die drei freien Ränder des 3. Lappens mit feinstem Catgut an den gebildeten Rahmen angenäht. Rasche Heilung.

Ranke (Halle).

Ferrier. Corps étrangers du conduit auditif externe ne déterminant que des phénomènes morbides très-tardifs.

(Journal de méd. et de chir. prat. 1875. p. 62.)

In dem 1. Falle hatte eine Glasperle bei einem 15jähr. Kinde sich länger als 3 Jahre in dem äusseren Gehörgange aufgehalten, und war dann, nachdem inzwischen Taubheit entstanden war, mit Cerumen incrustirt, entfernt worden. An der Stelle ihres Sitzes eine kleine Ulceration.

Im 2. Falle hatte ein junger Bursche eine Bohne angeblich nahezu 12 Jahre im Ohre getragen. Auch hier Taubheit und nach Entfernung des incrustirten, aber noch erkennbaren Körpers eine leichte Myringitis, die bald verging.

Pagenstecher (Elberfeld).

Nécrose d'une partie du labyrinthe à la suite d'une otite moyenne suppurée et fort ancienne.

(Journal de méd. et de chir. prat. 1875. p. 64.)

Mehr als 30 Jahre hatte eine Otitis media purulenta gedauert, als von der Tiefe der Paukenhöhle ausgehende polypöse Wucherungen entfernt wurden. Dieser Operation, die 14 Mal wegen der Recidive wiederholt wurde, folgte immer Schwindel, Kopfschmerz, Erbrechen und Facialparese Die letztere ging nicht ganz zurück. Dann entleerten sich einige Knochenpartikelchen und endlich ein Stück der Schnecke selbst, wonach die Patientin, natürlich ganz taub und mit geringer Parese des Facialis behaftet, genas. **Pagenstecher** (Elberfeld).

C. Michel. Laryngoskopische Operationen.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. IV. Hft. 5 u. 6.)

4 Fälle von Kehlkopfpolypen, die theils mit der einfachen, ungedeckten Schlinge, theils mit dem ungedeckten Messer glücklich operirt wurden.

Gersuny (Wien).

Mollière. Observation de luxation sous-épineuse complète de l'épaule droite.

(Gaz. des hôpitaux 1875. No. 7.)

Eine 62jähr. Frau glitt beim Herabsteigen von dem Trittbrett eines Wagens aus. Während sie sich im Fallen mit dem rechten Arm festzuhalten suchte, kam die Luxation zu Stande. Der vollständig nach hinten ausgewichene Gelenkkopf war deutlich unterhalb der Spina scapulae zu fühlen. Der Arm war weder verlängert noch verkürzt. Der Durchmesser der Schulter von vorn nach hinten gemessen betrug 10 Cm. gegen 5 Cm. der gesunden Seite. Die Reposition gelang ohne Schwierigkeit bei leichter Extension durch directen Druck auf den Gelenkkopf. M. glaubt, dass die Luxation durch die gewaltsame Contraction der Schultermuskeln veranlasst worden sei. **Schädel** (Berlin).

R. Butcher. Reports in operativ surgery.

(The Dublin Journal of med. sciences 1874. November.)

Enorme Deformität des Oberschenkels infolge einer in winkliger Stellung geheilten Fractur des mittleren Drittels. Verkürzung 5 Zoll. Osteoclasis mittelst eines eigens construirten (im Original abgebildeten) Osteoclasten, 5 Monate nach der definitiven Consolidation. Heilung ohne Verkürzung und mit vollkommener Beweglichkeit im Knie. **Lossen** (Heidelberg).

A. Gherini. Di una deformità congenita per eccesso alle mani e ai piedi.

(Gazz. med. ital. Lombardia 1874. No. 51.)

V. B., jetzt 3 Jahr alt, kam mit überzähligen Fingern und Zehen auf die Welt. Bei genauer Betrachtung des Falles kann man sich denselben nicht anders erklä-

ren, als dass man annimmt, dass jede Hand und jeder Fuss doppelt angelegt war, und die beiden Anlagen mit einander verschmolzen. Die Hand z. B. zählt 6 Finger, davon sind die zwei äussersten Kleinfinger, die beiden mittleren Mittelfinger, so dass eigentlich zwei Zeigefinger und zwei Daumen fehlen.

Jeder Fuss zählt 9 Zehen: die beiden äussersten sind die kleinen Zehen, der mittlere stellt die verschmolzenen beiden grossen Zehen dar. Auch die Ferse zeigt eine Längsfurche, welche eine Verschmelzung aus zwei Fersen andeutet.

Therapeutisch war nichts zu unternehmen, da der Knabe seine Hände ganz gut benützte. **Menzel** (Triest).

G. Fayolle. Des kystes synoviaux tendineux à grains riziformes.

Thèse, Paris, 1874.

Sich durchaus auf die Michon'sche Arbeit über gleichen Gegenstand stützende übersichtliche, durch 17 grösstentheils entlehnte Beobachtungen erläuterte Darstellung der Pathologie und Therapie der Reisskörperhygrome, ohne neue Gesichtspuncte. Nur in belästigenden Fällen soll mit dickem Troikart punctirt und Jod injicirt werden; ist irgend ein acuterer Entzündungszustand vorhanden, muss die doppelte Incision mit nachfolgender permanenter Irrigation in Anwendung gezogen werden. Dasselbe Mittel bleibt für die Misserfolge der Jodbehandlung.

Ranke (Halle).

C. Reyher. On the cartilages and synovial membranes of the joints.

(The Journal of anatomy and physiology 1874. Vol. VIII.

R. untersuchte vermittelst der Versilberungsmethode die Oberfläche der Gelenkenden und der Synovialintima. Verf. kommt zu den bekannten Resultaten, wie sie Hüter u. A. auf Grund derselben Untersuchungsmethode beschrieben haben. (Siehe dagegen die Untersuchungen des Ref. im Arch. für mikroskop. Anatomie, Bd. 10, ref. im Centralbl. f. Chir. 1874. No. 30.) **Tillmanns** (Leipzig).

M. Broca. Fracture de rotule en deux temps.

(Journal de méd. et de chir. prat. 1875. p. 58.)

Unter diesem Namen wird beschrieben, wie eine Frau, auf's Knie fallend, sich eine nicht diagnosticirte Fractur der Patella zuzog und unter Schmerzen und Schwellung noch 14 Tage umherhinkte. Dann rissen durch Muskelzug bei einem falschen Tritt auch die aponeurotischen Theile und der Querbruch wurde weitklaffend. **Pagenstecher** (Elberfeld).

Hulke. Cases of hernia. (Middlesex hospital.)

(Med. tim. and gaz. 1875. Jan. 13. p. 170.)

1) 58jähr. Mann mit seit 3 Tagen eingeklemmter rechtseitiger Inguinalhernie. Herniotomie. Trotz Gangrän einer kleinen Darmstelle Reposition. Tod an Peritonitis. Kein Austritt von Darminhalt in die Bauchhöhle.

2) 3 operirte und geheilte Netzhernien, eine davon mit starker, Hydrocele vortäuschender Wasseransammlung im Bruchsacke, eine andere (Femoral-) Hernie, deren Bruchsack nach der Operation sich zu einer Cyste umbildete.

Ranke (Halle).

G. Pellizzari. Ein Myom des Darmes.

(Società medico fisica Fiorentina 1874. Novbr. 22. — L'Imparziale 1875. No. 3.)

Ein junges, sonst gesundes Mädchen aus Florenz consultirte im Juli 1872 Dr. T. wegen eines leichten Fiebers. Dr. T. fühlte in der rechten Ileocoecalgegend eine grosse runde Geschwulst, welche fast die Nabelhöhe erreichte. Man vermuthete einen Ovarialtumor. Das Mädchen hatte davon fast gar keine Beschwerden. Später gesellten sich Unterleibsschmerzen hinzu, welche erst im August 1874 die Form schwerer Koliken mit Brechen, Stuhlverhaltung und Fieber annahmen. Am 2. October 1874 traten Symptome von Ileus noch prägnanter hervor und am 18. Oct.

stösst die Kranke per anum plötzlich einen grossen, fleischigen Tumor aus. Von da an war das Mädchen geheilt. Der Tumor wog 500 grm. und war ein reines Myom. — P. macht darauf aufmerksam, dass der ganze Verlauf dagegen spricht, dass etwa ein Uterusmyom in den Darm durchgebrochen sei, dass man vielmehr annehmen müsse, der Tumor habe sich ursprünglich in der Darmwand (muscularis) entwickelt und zwar wahrscheinlich im Coecum (Ileocoecalgegend).

Menzel (Triest).

E. Gehrung. Case of double uterus and vagina. Division of vaginal septum.

(The Americ. Journal of med. sciences 1874. Oct.)

Bei einem 17jähr. Mädchen, welches lange Zeit an Dysmenorrhoe und profuser Leukorrhoe litt, fand Verf. einen doppelten retrovertirten Uterus und eine doppelte Scheide. Beide Vaginen, von welchen die eine erheblich enger als die andere, waren durch ein dünnes, $^1/_8$—$^3/_{16}$ Zoll im Querschnitt messendes Septum getrennt. Durch jede konnte man mit der Sonde in einen besonderen Cervix gelangen und $1^1/_2$ Zoll weit eindringen.

Um die Menstruationsbeschwerden zu heben, den Uterus einer orthopädischen Behandlung zugänglich zu machen und schliesslich den bestehenden Vaginismus zu beseitigen, spaltete Verf. das ganze Septum. Unmittelbar nach der Operation konnte man die beiden, gut ausgebildeten Cervicalportionen sehen. Bei einer späteren Untersuchung während der Menstruation war an jedem Os die Blutausscheidung zu constatiren.

Nachdem die Dislocation des Uterus mittelst eines modificirten Hodge'schen Pessariums beseitigt war, verschwand die Dysmenorrhoe und Pat. ist gegenwärtig vollkommen gesund. **Lossen** (Heidelberg).

G. Jüdell. Beckenfractur mit Blasenzerreissung und Hernia diaphragmatica hepatis.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. IV. Hft. 5 u. 6.)

Ein 35jähr. Arbeiter hatte sich durch Sturz aus grosser Höhe eine Beckenfractur zugezogen; es trat sogleich Lähmung des Sphincter ani, später auch des Sph. vesicae ein. Ein grosser Decubitus heilte, ebenso eine nachträglich entstandene Perforation der Harnblase. 6 Monate nach der Verletzung erlag der Kranke wiederholten Erysipelen. Bei der Section fand man eine mit starker Verschiebung geheilte Längsfractur des Kreuzbeins, die durch die ganze Reihe der rechtseitigen Kreuzbeinlöcher verlief und bis in das Steissbein reichte, geheilte Fracturen der Querfortsätze des 2.—5. Lendenwirbels, Comminutivfractur des rechten absteigenden und einfache Fractur des rechten horizontalen Schambeinastes, und endlich eine Hernia diaphragmatica hepatis. **Gersuny** (Wien).

Ebermann (Petersburg). Ueber Urethrotome.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII, Hft. 4.)

E. hat ein dem Maisonneuve'schen und Bronn'schen ähnliches feines Urethrotom construirt, auf dessen nähere Beschreibung wir hier nicht eingehen können, wir verweisen auf das Original und die beigegebenen Zeichnungen.

Maas (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, **Dr. M. Schede**, **Dr. H. Tillmanns**

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№. 15. **Sonnabend, den 10. April.** **1875.**

J. Casse. De la transfusion du sang.

(Mém. couronnés et autres mém. publiés par l'académie royale de méd. de Belgique 1874. Tome II. 4me fasc.)

Der Hauptwerth der umfangreichen Arbeit des Verf.'s liegt nicht in den wenigen beim Menschen ausgeführten Bluteinspritzungen, sondern in den Experimenten desselben, welche er in den Arbeitsräumen der Veterinärschule zu Brüssel ausgeführt hat, als auch in dem sorgfältigen Studium der einschlägigen, besonders deutschen Literatur. — Die fast 200 Seiten umfassende Monographie beginnt mit einer geschichtlichen Skizze. C. unterscheidet drei Hauptzeitabschnitte. Zunächst die mythologische Periode, für welche er aus Ovid's Metamorphosen nur zweifelhafte Anhaltepunkte beibringt über die Kenntniss der Bluteinspritzungen im Alterthum. Sodann bis zum 15. ja bis zum 17. Jahrhundert n. Chr. ist eigentlich so gut wie gar nichts

Positives über die Transfusion zu berichten. Erst mit der Stadera medica von Francesco Folli aus Poppi, der durch Harvey's Entdeckung des Kreislaufs von Neuem auf den Gedanken der Blutüberleitungen gebracht wurde, beginnt Verf. den zweiten Zeitabschnitt, die Periode der versuchsweisen Ausführung der Operation an Thieren und Menschen. Hierher gehören die Namen von Michel Servet, Levasseur, Realdo Colombo, Andrea Cisalpino d'Arezzo u. s. f., von Wren, Lower, Clarke, Boyle und King, von Denis u. A. Bald entstand ein Streit über die Priorität der Erfindung der Transfusion, welche Deutsche, Holländer und Italiener nach einander für sich in Anspruch nahmen. Als bemerkenswerth sind späterhin hervorzuheben die Experimente von Michel Rosa (Lettere fisiologiche, Napoli 1783), der sich also schon vor etwa 90 Jahren überzeugte, dass man in die Blutgefässe eines lebenden gesunden Thieres beträchtlich grössere Mengen von Blut einspritzen könne, als sie normaler Weise enthalten, und dass trotzdem keine Ueberfüllung der Gefässe eintritt. Auch beschäftigte sich Rosa mit gegenseitigem Blutaustausch verschiedener Thierspecies. — Allmälig wurde die Transfusion gegen alle möglichen Leiden versucht. Wir wollen nur hervorheben, dass 1796 Darwin (Zoonomia, London) Einspritzungen von Menschen-, Hammel- und Eselblut empfahl bei Inanitionszuständen (Krebs des Oesophagus), aber auch gegen febris putrida. 1792 führte Russell Transfusionen bei Lyssa humana aus. — Der dritte Zeitabschnitt endlich, die moderne Periode, wird nach Verf. mit dem Beginn des 19. Jahrhunderts eröffnet und zwar mit den bahnbrechenden mikroskopischen und chemischen Arbeiten auf dem Gebiete der Blutphysiologie (Bischoff, Brown-Séquard, Prévost, Dumas, Panum u. A.). Dieser letzten Epoche widmet C. nur eine flüchtige Betrachtung, und geht nun zu seiner speciellen Aufgabe über. Er erörtert zunächst die Frage ob Thier- oder Menschenblut anzuwenden sei. Aus mehr äusserlichen Gründen entscheidet sich C. in seinem Raisonnement für Anwendung von Menschenblut (Schwierigkeit der Beschaffung von Thieren in grossen Städten). Er meint, die beiden Uebelstände, die man der Benutzung von Menschenblut entgegenhält, die Möglichkeit der Ueberführung kranken Blutes (von einem Syphilitischen z. B.) und die Gefahr der Phlebitis für den Blutspender, würden überschätzt. Im Nothfall wiege die Aussicht der Erhaltung eines Menschenlebens die Gefahr einer syphilitischen Ansteckung auf. In Bezug auf die Phlebitis hält C. dafür, dass wenn dieselbe nach Aderlässen wirklich so häufig aufträte, wie man annimmt, die blutdürstigen Doctrinen von Broussais gewiss nicht eine so allgemeine Aufnahme und Verbreitung gefunden hätten. Im Weiteren vertheidigt Verf. warm die Anwendung defibrinirten Blutes, indem er den rothen Blutkörperchen die Hauptwirkung bei Transfusionen zuschreibt, das Fibrin aber für unwesentlich hält. Auch ersetze sich das Fibrin rasch im kreisenden Blute, so dass die Blutmischung im Körper durch Injectionen defibrinirten Blutes nur vorübergehend alte-

rirt werde. Allerdings bleibt C. sowohl für letztere Behauptung als auch dafür die Angabe experimenteller Beweise schuldig, ob in der That durch das Defibriniren die Lebenseigenschaften der rothen Blutkörperchen und ihre Fähigkeit für den Gasaustausch nicht leiden. — Die einzigen vom Verf gegen die Anwendung ganzen, nicht defibrinirten Blutes angeführten Gründe: die rasche Gerinnungsfähigkeit und deren Folgen und sodann die Venosität des Blutes, welches erst nachdem es die Lungen passirt hat, wirksam werden kann, fallen für die directe Transfusion von Arterie zu Vene selbstverständlich fort. — Um zu entscheiden, ob es erforderlich sei, das zu injicirende defibrinirte Blut vorher auf Körpertemperatur zu bringen, hat C. Transfusionen ausgeführt mit defibrinirtem Blute von 3°, 10°, 27°, 47°, 50° und 55° C. Temperatur und hat während der Einspritzungen die Körperwärme der Thiere im Rectum gemessen. Bei Injection niedrig temperirten Blutes sinkt die Eigenwärme und erhebt sich nachher um so stärker, je niedriger die Temperatur des Transfusionsblutes gewählt war. Benutzt man Blut, welches wärmer ist, als dasjenige des Blutempfängers, so steigt die Temperatur des letzteren deutlich, aber die Temperaturschwankungen sind nicht so beträchtlich, wie bei Injection kühlen Blutes. Am geringsten fallen die Schwankungen aus bei Anwendung von Blut, das annähernd, aber in ziemlich weiten Grenzen, die Temperatur des kreisenden Blutes besitzt. — Man könne und dürfe ohne alle Furcht dem Transfusionsblut die Temperatur des Operationsraumes lassen. Die Erwärmung des Blutes auf Körpertemperatur sei für den Erfolg der Transfusion gleichgültig. Auch beim Menschen hat C. von Anwendung von Transfusionsblut, das bedeutend kühler war, als das des Pat., keinen Nachtheil beobachtet. In Bezug auf den Ort der Einführung des Blutes schliesst sich Verf. den Vertheidigern der venösen Transfusion an und betont besonders die oft unüberwindlichen Schwierigkeit, das Blut in die peripheren Verzweigungen einer Arterie zutreiben, als auch die Gefahr von Phlegmonen, selbst von Pyämie, wie sie bei der arteriellen Transfusion auf etwaige Gefässzerreissungen und Blutextravasationen folgen können.

Besonderes Interesse nehmen die, wenn auch wenig zahlreichen Versuche des Verf.'s in Anspruch, welche er angestellt hat, um über die Quantität des zu injicirenden Blutes Aufschluss zu erlangen. Er hat zunächst constatiren können, dass man die normale Blutmenge des Thieres bedeutend vergrössern, ja dass man dieselbe verdoppeln könne, ohne die Gesundheit des Thieres zu schädigen. Verf. befindet sich darin im Einklang mit den Erfahrungen des Ref. (vergl. L. Lesser, Ueber die Anpassung der Gefässe an grosse Blutmengen. Aus den Arbeiten der physiol. Anstalt zu Leipzig, 1874, cf. Centralbl. f. Chir. 1875, No. 9). Auch die Ergebnisse der Sectionsbefunde sind entsprechend ähnlich. Hervorzuheben ist auch hier die unerwartet geringe Affection des Respirationsapparates während und nach den Transfusionen, während dagegen der Zustand der Unterleibsgefässe, vor Allem auch derjenige der Leber eine besondere Berücksichtigung

verdienen. Nur darin stimmt Verf. nicht mit den Erfahrungen von Mittler, Worm Müller und Ref. überein, dass er meint, Blutextravasate seien häufiger nach Anwendung nicht defibrinirten als nach Injectionen defibrinirten Blutes. Die Differenz erklärt sich aber leicht aus dem Verlauf des (übrigens nur einzigen mit ganzem Blut ausgeführten) Experiments, wo die Injection aus der V. jug. eines Hundes in die V. saph. eines anderen durch Anwendung einer Dieulafoy'schen Spritze vermittelt und aus Furcht vor Gerinnung abnorm rasch ausgeführt wurde. Letzterem Umstand allein wird daher auch der interessante, bei unmittelbarer directer Blutüberleitung von Arterie zu Vene aber nie beobachtete Befund zuzuschreiben sein, dass die Bauchhöhle eine grössere Menge Blut enthielt und dass das Blut aus der vollständig zerklüfteten (complétement fissuré) Leber stammte, welche letztere auch sonst in allen ihren Theilen vergrössert und ganz abnorm blutreich erschien. Die übrigen Organe waren nicht congestionirt, das Gehirn selbst anämisch. — Jedenfalls wird der Zustand der Unterleibseingeweide vor jeder Transfusion mindestens dieselbe Aufmerksamkeit verdienen, wie derjenige des Herzens und der Lungen; und ist der Rath des Verf.'s gewiss sehr zu beherzigen, für jede therapeutische Blutzufuhr den Patienten durch Enthaltung vom Essen und vorherige gründliche Entleerung des Darms vorzubereiten, um demselben zum mindesten das sonst quälende Erbrechen und die oft heftigen Leibschmerzen zu ersparen. — Einen Aderlass bei Transfusionen hält der Verf. nur da für indicirt, wo eine chemische Decomposition der Blutmasse z. B. bei Vergiftungen vorliegt. — Das operative Verfahren des Verf.'s, der, wie schon bemerkt, fast ausschliesslich defibrinirtes Blut anwandte, bestand einfach in dem Einfüllen der Blutflüssigkeit in die Vene vermittelst eines graduirten Irrigatorähnlichen Gefässes unter dem niedrigen Druck der Transfusionsflüssigkeit selbst, welche durchgehends die Temperatur des Operationsraumes hatte. Das Gefäss communicirte mittelst eines Schlauches mit der sorgfältig in die Vene eingebundenen Glaskanüle. Auch beim Menschen hält Verf. das Freilegen der Vene und das Einbinden der Kanüle für zuverlässiger als das Arbeiten mit Stichkanülen. — Die Auseinandersetzungen von C. über Anwendung nicht defibrinirten Blutes, über Gefahren der Transfusion im Allgemeinen, so wie über ihren physiologischen Effect können wir als nichts Neues enthaltend übergehen. Es schliessen sich weiterhin Experimente über den ernährenden Effect von Transfusionen an, die im Ganzen Panum's negative Ergebnisse bestätigen (Virch. Archiv, Bd. XXIX). Bei fehlender Nahrung ist man nicht im Stande, weder durch Einspritzungen nicht defibrinirten noch durch Einspritzungen defibrinirten Blutes das Leben für eine längere Zeitdauer zu fristen. Das Leben erhält sich nach Verf. länger bei Anwendung nicht defibrinirten Blutes. Transfusionen fibrinfreien Blutes dagegen erhöhen ganz bedeutend den Stoffumsatz, so dass das Gewicht der hungernden Versuchsthiere auch durch spätere Darreichung von Nahrung nicht eher zum Wiederan-

steigen kommt, bis man nicht die Transfusionen ausgesetzt hat. Wiederholte Einspritzungen defibrinirten Blutes bei einem ernährten Thier bringen dessen Gewicht schneller und dauernder herunter, als es durch völlige Entziehung aller Nahrung während derselben Zeit geschehen wäre. Diese tiefgreifenden Einwirkungen auf die Nutrition legen C. den Gedanken nahe, ob nicht Transfusionen defibrinirten Blutes sich bei Polysarcie nützlich erweisen dürften. — Es folgt eine sehr umfassende und fleissige Zusammenstellung in Tabellenform der in der Literatur vorhandenen therapeutischen Transfusionen, geordnet nach den Krankheiten, gegen welche dieselben ausgeführt wurden. Leider vermissen wir in dieser einfach chronologischen Aufzählung das kritisch sichtende und kritisch ordnende Combinationstalent des Verf.'s, der es unterlassen hat, für die in seiner Monographie dargelegten und zum grossen Theil durch eigene Experimente geprüften Ansichten auch statistische Beweisgründe zu suchen.

Lesser (Berlin).

A. Vulpian. Note sur les effets de la faradisation directe des ventricules du coeur chez le chien.

(Brown-Séquard's Arch. de physiologie 1874. p. 975—80.)

Verf. stach Nadeln in das Herz und zwar entweder durch die Brustwand hindurch, oder nach Eröffnung des Thorax und vorher eingeleiteter, künstlicher Respiration; und schickte dann durch die Nadeln, welche mit den Enden der secundären Spirale eines Schlittenapparates verbunden waren, kräftige Inductionsströme hindurch. Sofort entstand, auch wenn die Electrodennadeln nur in das rechte Herz eingestochen waren, lebhaftes Muskelzittern in beiden Ventrikeln, das an verschiedenen Punkten des Herzens auftrat, 4—5 Minuten lang anhielt und dann in fibrilläre Zuckungen überging. Nach ferneren 3—4 Minuten traten die Ventrikel in dauernden diastolischen Stillstand. Dieselben Erscheinungen waren zu beobachten, wenn nur 1—2 Secunden lang der inducirte Strom hindurchgeschickt wurde, wenn z. B. die Electroden nur auf das Herz aufgesetzt und sogleich wieder entfernt wurden, ferner sowohl bei chloralisirten und curarisirten als bei ganz normalen Thieren. Mit dem Aufhören der fibrillären Zuckungen und dem Auftreten des diastolischen Stillstandes ist der Herzmuskel selbst durch keinen Reiz mehr erregbar und zwar weder durch directen, noch durch reflectorischen (auf die Haut ausgeübten) Reiz. Da ferner die Durchschneidung der Nn. vagi eben so wenig, wie voraufgängige Atropinisirung, wodurch nach unserer Anschauung die Vagusendigungen im Herzen selbst gelähmt werden, das Resultat der Faradisation ändern, so nimmt V. eine ausschliessliche Wirkung des Stromes auf die Herzmuskulatur selbst an. — Endlich trat dieselbe Symptomenreihe auf, wenn nur eine Electrode in's Herz eingestochen, die andere aber auf irgend eine Stelle der Haut aufgesetzt wurde. Nur bei schwachen Strömen sind die erwähnten Erscheinungen vor-

übergehend und machen wieder der normalen Herzbewegung Platz. V. hält dafür, dass der electrische Reiz eine Art Spasmus der Muskulatur der Ventrikel bedingt, wodurch sie verhindert wird, in regelmässig coordinirter Weise auf die Bewegungsimpulse, welche ihnen von den Herzganglien ertheilt werden, mit rhythmischer Contraction zu antworten. Das krampfartige Zittern erschöpft wahrscheinlich rapide die Irritabilität der Herzmuskulatur. Hört dann der Spasmus auf, so können die Ventrikel durch den Nervenreiz nicht mehr in Thätigkeit versetzt werden, daher der vollständige und definitive Herzstillstand. Jedenfalls muss die Kenntniss unzweifelhaft tödtlicher Wirkung, die durch directe Faradisation des Herzens beim Hunde herbeigeführt wird, die Befürchtung erwecken, es möchte dasselbe auch beim Menschen der Fall sein. Da auch S. Mayer (s. dieses Centralbl. 1875, No. 4) ziemlich zu denselben Resultaten gelangt ist, so dürfte es bis auf weitere Erfahrungen dringend geboten sein, in Fällen plötzlicher Syncope (z. B. in der Chloroformnarkose) von dem Versuche, durch die hier und da gerühmte Electropunctur des Herzens seine Thätigkeit wieder zu beleben, vor der Hand abzustehen.

J. Munk (Strassburg i/E.).

E. F. Bellien. Zur Lehre vom Brucheinklemmungsmechanismus.

(Sitzungsberichte der med. Gesellschaft zu Charkow 1875. No 1.)

Die vom Verf. im klinischen Laboratorium des Ref. bei Wiederholung der Brucheinklemmungsversuche von Roser, Busch und Lossen gewonnenen Resultate stimmen in den Hauptpunkten mit Lossen überein. Das gebrauchte Material, die Ausführung der Versuche waren dieselben, wie bei Lossen, nur erwiesen sich die ebenfalls bei den Versuchen gebrauchten Hundedärme ihrer Dicke wegen nicht sehr geeignet.

Betreffend die Streitfrage — ob die Compression des ausführenden Schenkels der Darmschlinge durch Blähung des zuführenden Schenkels (Lossen), oder die Abknickung des ausführenden Schenkels am Rande des Bruchringes (Busch) die Ursache des Verschlusses sei, spricht sich Verf. entschieden für die erstere Meinung aus: mehrere seiner Präparate eingeklemmter Schlingen zeigen am Bruchringe gar keine Abknickung; ausserdem ist dieselbe höchst selten eine vollständige — sich auf beide Darmwände des ausführenden Schenkels erstreckende, wie sie Busch beschreibt; am häufigsten eine unvollständige, d. h. eine solche, welche nur die äussere, dem Mesenterium gegenüberliegende Darmwand betrifft. Eingeklemmte Hundedarmschlingen zeigen in keinem Falle eine Abknickung. — Der modificirte Versuch von Busch (Centralbl. f. Chir. 1874, No. 34, p. 530), bei dem die Blähung des zuführenden Darmendes dadurch unmöglich gemacht wird, dass die Kanüle der Spritze in den zuführenden Schen-

kel bis über den Bruchring hinaus eingeschoben und hier eingebunden wird, wurde vom Verf. meistens mit negativem Resultate wiederholt: sehr selten trat Verschluss der Schlinge ein; geschah er aber, so konnte derselbe nie als Folge einer Abknickung betrachtet werden. Als Ursache dieses Verschlusses erwies es sich, dass beim Aufblähen der Schlinge stets das gefaltete Mesenterium mit dem Darme in den Bruchring hineingezogen, und dadurch das Lumen des Bruchringes derart vermindert wurde, dass der incompressible zuführende Schenkel der Schlinge den comprimirbaren ausführenden Schenkel und das Mesenterium zusammenpresste, wobei der ausführende Schenkel unter ähnliche Bedingungen gestellt wurde, wie bei dem Versuche von Lossen. Somit beweist der Versuch durchaus nicht, dass die Abknickung des ausführenden Darmendes Ursache des Verschlusses sei. Die Gradestreckung des zuführenden Schenkels bei seiner Aufblähung, wobei derselbe sich in die Axe des Bruchringes stellt, erschien für das stete Gelingen des Lossen'schen Versuches sehr wichtig; wurde diese Stellung des zuführenden Schenkels unmöglich gemacht, indem man das zuführende Darmende stark zur Seite zog, fixirte, und nun Wasser, Luft oder Wachs unter heftigem Druck einspritzte, so entstand der Verschluss sehr selten. Darauf hin gelangt Verf. zum Schluss, als Haupterforderniss für die Entstehung des Verschlusses der Schlinge die Compression des ausführenden Darmendes gegen den oberen Rand des Bruchringes anzusehen, bedingt durch das geblähte, senkrecht zur Ebene des Bruchringes gestreckte zuführende Darmende.

Bei Wiederholung der Roser'schen Versuche gelang es Verf. nie einen Klappenmechanismus hervorzubringen.

W. Grube (Charkow).

H. Marsh. Herniotomie im Kindesalter.

(Bartholomew's Hospital-Report vol. X. p. 205.)

Verf. machte bei einem 5 Monate alten Knaben wegen eingeklemmten, rechtsseitigen Leistenbruches, nachdem am Tage vorher die Taxis unter Chloroform erfolglos geblieben war, bei plötzlich eingetretenem Collaps die Herniotomie ohne Eröffnung des Bruchsackes; am 4. Tage erfolgte Erysipel, am 12. Tod durch Erschöpfung. Da Herniotomieen im Kindesalter relativ selten sind, so reiht M. hieran eine Statistik von 46 ihm bekannt gewordenen Fällen, von denen 43 Knaben betrafen und 29 im Alter unter einem Jahre standen; das jüngste Kind war 8 Tage alt. Von 44 Operirten starben 17, also 37%. Die Hernien, vorwiegend rechtsseitig, waren 39 Mal angeboren. Die Einklemmung bestand in 31 Fällen 20 Mal im Bruchsackhalse, 7 Mal am äusseren, 3 Mal am inneren Leistenringe, 1 Mal an beiden. In therapeutischer Hinsicht warnt M. vor lange fortgesetzter und kräftiger Taxis (mehrfach fand sich schon am 2. Tage Gangrän des Darmes

vor und war der Tod in einigen Fällen nur die Folge allzu energischer Taxisversuche); er räth nach erfolgloser Taxis in der Narkose die Operation nicht aufzuschieben, bei drohendem Collaps unverzüglich zu operiren. An einem weiteren Fall von incarcerirter Nabelhernie bei einem 4 Mon. alten Kinde mit Ausgang in Darmfistel nach Ruptur des Sackes, schliesst M. die Wiedergabe von 6 in der Literatur aufgefunden Fällen (C. Forster, Cripps Lawrence, C. Visick, Steele, Fairbrother, Pochhammer) von Nabelhernien, die dadurch entstanden waren, dass das Ileum sich nicht aus dem Duct. omphalo-meser. genügend zurückgezogen hatte und so die Hernien im Anfangsstück des Nabelstranges verblieben. Intrauterine Peritonitis scheint durch frühe Anlöthungen diese irreducible Hernien zu verursachen. Drei der Kinder starben, bei 2 entstand Incarceration.

Pils (Stettin).

Sir H. Thompson. Operative Hülfe bei vorgeschrittener Prostata-Hyperthrophie.

(The Lancet 1875. Vol. 1. p. 3.)

Verf., welcher die Erfolge Th. Paget's (Leicester) von Anlegung von Blasenfisteln bei alten impermeablen Stricturen kennt, benutzt ein analoges Verfahren, um die Leiden der mit sehr grosser Vorsteherdrüse behafteten Personen, welche 16—24 Mal in 24 Stunden den Urin entleeren müssen, und die Gefahren, welche der häufige Katheterismus derselben im Gefolge haben kann, zu beseitigen. Zu diesem Zwecke legt er eine permanente Blasenfistel oberhalb der Symphyse an. Da bei dem in Rede stehenden Leiden, die verdickte und verkleinerte Blase durch die Prostata-Geschwulst häufig dislocirt ist, so wird ein 12—13″ langer metallner Katheter von mittlerer Stärke eingeführt, dessen stark gebogener, nicht zu langer Schnabel quer abgeschnitten ist (also offen), und welcher ein Stilet birgt mit olivenförmigem Knopfe, der gerade aus dem Katheterschnabel herausragend, denselben schliesst. Nachdem auf diesen von aussen fühlbaren Knopf ein $^1/_2$″ langer Einschnitt gemacht und derselbe bis auf die Blase durchgeführt ist, wird eine genau in das Katheterlumen passende Hartkautschukröhre mit silbernem Schilde (der Tracheotomiekanüle gleichend) nach Herausnahme des Stilets in das Katheterende eingeführt und nun der Katheter selbst entfernt; die Befestigung der Kanüle geschicht mittelst Bänder und Heftpflaster. In Kurzem adaptiren sich die Wandungen der Wunde der Kanüle so gut an, dass dieselbe behufs Reinigung leicht entfernt und wieder eingelegt werden kann. Th. betont besonders möglichste Kleinheit der Wunde und häufige Reinigung der Kanüle.

Die 3 von ihm angeführten und nach dieser Methode operirten Fälle legen jedoch kein zu beredtes Zeugniss für den Erfolg ab. Bei dem zuerst Operirten schlüpfte in den ersten Tagen die Kanüle heraus, konnte von dem Hospitalarzte nicht wieder eingeführt werden;

Urininfiltrationen waren die Folge; nach 3½ Monate starb Pat. an Entkräftung. — Der 2. Fall betraf einen Arzt, den Th. 1867 und 1869 lithotomirt hatte und der jetzt durch häufigen Urindrang gequält wurde. Nach 3 Wochen erfolgte hier der Tod. — Im 3. Fall endlich war die Operation auch nur ein Versuch, die andauernden Harnbeschwerden zu beheben. Nach dem innerhalb 14 Tage erfolgten Tode an Erschöpfung ergab die Section den sehr seltenen Befund eines Carcinoms der Prostata. **Pilz** (Stettin).

W. Mitchell. On the spasmodic diseases of stumps.

(Philadelphia med. Times 1875. No. 172. p. 305.)

Man hat nach M. an den Amputationsstümpfen folgende Motilitätsstörungen zu unterscheiden.

Erstens eine Art Chorea, bei welcher das Glied in beständiger, meist sehr heftiger Bewegung sich befindet. Dann Zuckungen in den bei der Amputation durchschnittenen Muskelgruppen, die meist periodisch auftreten, aber auch dauernd anhalten können und sehr häufig mit Schmerz- und Krampfempfindungen an den durch die Operation entfernten Theilen einhergehen. Curven, welche von intelligenten, an dieser Krankheit leidenden Patienten entworfen wurden und welche die thermometrischen, baro- und hygrometrischen Verhältnisse der Luft berücksichtigen, beweisen unwiderleglich eine Verschlechterung der Zufälle bei herannahenden, Regen bringenden Ostwinden (für Amerika, Ref.).

Sehr selten sind Zuckungen in von dem amputirten Gliede etwas entfernt liegenden und durch das Messer nicht direct beschädigten Muskelgruppen. Sie pflegen sich in der Form äusserst schmerzhafter, 3—4 Mal am Tage auftretender tonischer Contractionen zu zeigen.

Zu erwähnen wäre noch, dass in einzelnen Fällen von Myelitis, Spinalsclerose und Hysterie, das amputirte Glied von heftigen convulsivischen Bewegungen befallen wird, welche unter Umständen auch auf entferntere Körpertheile überspringen. Auch diese Zustände können spontan oder nach Traumen sich entwickeln.

Beispiele: Ein Sergeant, der seit dem 3. Monat nach der Amputation des Oberschenkels an Zuckungen und excentrischen Schmerzen leidet, fällt 6 Monate später auf den Stumpf. Wenige Tage danach Convulsionen in den Flexoren und Extensoren, die anfänglich nur 5 Minuten dauern, aber in der Folge an Intensität und Dauer zunehmen und schliesslich sich mit Zuckungen im Pectoralis major vergesellschaften. Dabei keine cerebralen Symptome. —

Bei einem 50jähr. Herren entwickeln sich nach der Vorderarmamputation zunächst excentrische Schmerzen in der Hand. 6 Wochen später periodische Krämpfe im Stumpf, dann nach einander im Oberarm, Deltoideus, Pectoralis, Trapezius und Kopfnicker derselben Seite. **Wilh. Koch** (Berlin).

Marshall. Neue Operationsmethode bei varicösen Venen.

(British med. Journal 1875. p. 104.)

Nach Darlegung der verschiedenen angewandten Methoden und der damit verbundenen Gefahren stellt M. einen 29jähr. Mann vor, der seit dem 16. Jahre an linkseitigen Krampfadern litt, welche später auch am rechten Beine auftraten; die bedeutende Zunahme und Schmerzhaftigkeit hinderten ihn an der Arbeit und machten einen operativen Eingriff wünschenswerth. M. wollte die v. Gräfe'sche Spaltung der Vene machen, deren Gefährlichkeit er durch Esmarch's Bandage und Lister'sche antiseptische Methode vorzubeugen hoffte. Eine 6″ lange Linie bezeichnete den Verlauf des Gefässes, dessen Varicositäten hauptsächlich unter dem Kniegelenk lagen; nach Anlegung der Esmarch'schen Bandage wurde je eine Hasenscharten-Nadel an den Endpuncten der Linie unter die Vene durch die Weichtheile geführt und durch eine umschlungene Naht befestigt; als weiterhin die Vene 9″ lang gespalten war, überlegte M., dass es für den Heilungsprocess erspriesslicher sein würde, das Venenstück ganz zu entfernen und trennte nun die Vene in der Nähe der Nadeln quer durch und von den wenigen abgehenden Seitenästen ab; drei weitere umschlungene Ligaturen wurden noch, oberhalb der Operationswunde, an der Saphena, wo sie am Oberschenkel verläuft, angelegt. Unter antiseptischem Verbande heilte die Operationswunde per primam; ein Erysipel von den höher hinauf angelegten, umschlungenen Nähten ausgehend, hielt Pat. noch einige Zeit im Spitale. Die Saphena des Unterschenkels war bis zum Fussgelenk obliterirt, die Schmerzen gänzlich geschwunden und das gute Aussehen des linken Beines contrastirte jetzt auffallend mit dem rechten, das doch nur wenig afficirt war. Nach dieser Erfahrung (die leider vereinzelt dasteht, Ref.) will M. in Zukunft der einfachen Ausschneidung eines möglichst grossen Venenstücks gegenüber den Bell'schen zahlreichen, kleinen Excisionen, aber unter Esmarch'schen und Lister'schen Vorsichtsmassregeln den Vorzug geben.

Pilz (Stettin).

H. Bigelow (Boston). Bau und Pathologie des wahren Schenkelhalses.

(The Boston med. and surg. Journal 1875. p. 1 u. 28 ff.)

Nachdem Verf. gegenüber den Arbeiten von Meyer, Wolff und Merkel über Structur der Knochen, speciell des Oberschenkels, die Thatsache geltend gemacht hat, dass schon Wyman 1850 in einer ausführlichen Arbeit (Boston Journal of Natur. History 1850, Vol. 6, p. 125) die mechanischen Einrichtungen der Knochenstructur dargelegt hat, wendet er sich speciell gegen Merkel's Abhandlung (cf. Centralbl. f. Chir. 1874, p. 52), indem er nachzuweisen sucht, dass der von ihm 1869 beschriebene und abgebildete untere Theil des

Schenkelhalses, (»wahrer Schenkelhals, true neck«) identisch ist mit dem von Merkel sogenannten »Schenkelsporn«, wie es letzterer selbst zugiebt. Was aber die von Merkel aufgestellte Hypothese betrifft, dass in diesem Schenkelsporn die ganze Zug- und Haltkraft concentrirt sei, so hält er diese mit Wolff, welcher sie nach der bekannten Culmann'schen Rechnung für irrthümlich erklärt, für falsch, und erklärt nach Darlegung der Structur, für welche auf's Original verwiesen werden muss, dass der »wahre Hals«, wie es auch Merkel's Figuren zeigen, im besten Falle einen schwachen Versuch darstelle, den Zwischenraum unter den beiden Rollhügeln zu überbrücken. Im späteren Lebensalter degenerirt derselbe und ändert sich in papierdünne Plättchen um, die von einem dem kleinen Rollhügel näher gelegenem Punkte nach abwärts radienartig ausstrahlen. Diese Schwäche im Bau des »wahren Halses« und seine schwache Verbindung mit der linea intertrochanterica macht ihn berücksichtigenswerth für den Chirurgen, da gerade im Alter wegen seiner schwachen Ausbildung so häufig die Fractur der Basis des Halses mit Einkeilung an der hinteren lin. intertroch. zu Stande kommt, in der That die häufigste von allen Fracturen des Schenkelhalses.

Bei ihr wird nur die hintere Fläche an der hinteren lin. intertroch. eingekeilt — woselbst der Knochen sehr dünn —, indem sie den »wahren Hals« oder dessen Residuum weiter unter die Trochanteren treibt und diese bisweilen ablöst; die vordere viel compactere lin. intertroch. widersteht. Die eingekeilte Schenkelkopf-Fractur ist von jener im Leben schwer oder gar nicht zu unterscheiden. In den 3 von B. beobachteten Fällen bestand, auch wie bei jener, Verkürzung, Beschränkung der Auswärtsrollung, aber die Fähigkeit, das Bein zu bewegen. Noch seltener ist die eingekeilte Fractur der ganzen Basis des Halses. — Der kurze Passus über die nicht eingekeilten Fracturen des Halses bietet nur das Eigenthümliche, dass B. die Differenzirung »innerhalb und ausserhalb der Kapsel« in Frage stellt und als zulässige Schematisirungen überhaupt nur eingekeilte und nicht eingekeilte Fracturen zulassen will. **Pilz** (Stettin).

---

v. Nussbaum. Ueber die Behandlung unglücklicher Vorkommnisse nach einfachen und complicirten Beinbrüchen, insbesondere über Knochentransplantation.

(Aerztl. Intelligenz-Blatt 1875. No. 8.)

N. bespricht in einem im Münchener ärztlichen Bezirksvereine gehaltenen Vortrage einige Arten der sog. schlecht geheilten Fracturen, namentlich die Heilung mit Pseudarthrose und deren Behandlung. Für diejenigen Fälle, in denen infolge von ausgedehntem Knochendefect die Bruchenden weit von einander abstehen und blos eine ligamentöse Verbindung besitzen, bringt N. die Transplantation eines

Knochenstückes von dem einen Bruchende an die Stelle des Defectes in Vorschlag, die er in einem Falle mit Erfolg ausgeführt hat. Es handelte sich bei einem Offizier um eine geheilte Schussfractur der Mitte der Ulna mit ausgedehnter Splitterung, bei der nach nekrotischer Ausstossung der Splitter die Heilung mit Pseudarthrose in der Art eingetreten war, dass die Bruchenden 5 Cm. weit von einander abstanden und nur durch einen schwachen ligamentösen Strang verbunden waren. Trotz der Integrität des Radius war die abnorme Beweglichkeit und Functionsstörung sehr bedeutend. Die Operation wurde in der Weise ausgeführt, dass nach Blosslegung der Bruchstelle und Excision des intermediären Verbindungsstranges ein 5 Cm. langes Knochenstück aus der halben Dicke des oberen Bruchendes der Ulna mit Säge und Meissel abgetrennt wurde, welches nur noch durch eine Periostbrücke mit der Spitze des Fragmentes in Zusammenhang blieb; dasselbe wurde nach abwärts in die Lücke herabgeschlagen, die Wunde vernäht und ein gefensterter Gypsverband angelegt. Der Verlauf nach der Operation war günstig, die Wunde schloss sich nach einigen Wochen, nachdem ein kleiner Sequester, welcher nur etwa $^{1}/_{10}$ des transplantirten Knochenstückes ausmachte, sich ausgestossen hatte; »das transplantirte Knochenstück war eingeheilt und deutlich zu fühlen« und später auch »die Festigkeit der nun ununterbrochenen Ulna deutlich zu constatiren«. Nach $^{1}/_{2}$ Jahr war die Functionsfähigkeit des Armes so weit wiederhergestellt, dass der Offizier für den Felddienst tauglich erklärt wurde.

Am Schlusse seines Vortrages bespricht N. die Operationsverfahren zur Geraderichtung der mit winkelförmiger Difformität geheilten Fracturen und empfiehlt hierbei folgende, dem v. Langenbeck'schen Verfahren mittelst der Stichsäge nachgebildete Technik: nach einem kleinen Einschnitte auf die Bruchstelle wird mit einem feinen Meissel Dreivierttheil der Dicke des Knochens durchtrennt und nach der Heilung der äusseren Wunde die Knochenbrücke vollends zerbrochen. Der Trennung mit dem Meissel wird der Vorzug vor der Durchsägung mit der Stichsäge gegeben, weil bei ersterer keine Sägespähne in der Wunde zurückbleiben. **P. Bruns** (Tübingen).

K. Störk (Wien). Die chronische Blennorhoe der Nasen-, Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut in ihrem Vorkommen in Galizien, Polen und Bessarabien.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 48.)

Verf. beschreibt eine während einer Zeit von 10 Jahren beobachtete Erkrankungsform, welche er für einen pathologischen Process sui generis erklärt. Der Ort, von welchem die infectiöse Erkrankung ausgeht, ist die Nasenschleimhaut; von dort geht dieselbe durch die Choanen und den Pharynx zum Larynx und in die Trachea. Die in

der Ueberschrift angegebenen Gegenden liefern das Krankenmaterial. Die Krankheit hat Aehnlichkeit mit Ozaena specifischer, hereditärer Art, doch hat sich nie ein anderes syphilitisches Symptom damit verbunden gezeigt und ist deshalb, wie aus therapeutischen Beobachtungen sich ergiebt, Lues durchaus auszuschliessen. Die meisten Patienten gehören der ärmeren Classe an, bei welcher Reinlichkeit vernachlässigt worden. Bei Secretion eines eitrigen grüngelben Schleimes aus der Nase ist die Mucosa selbst anämisch und grüngelb verfärbt. Mit Ausbreitung des Schleimes nach dem Rachen geht die weitere Erkrankung der Schleimhaut vor sich, ohne aber, wie bei der Ozaena, Ulceration zu bewirken; nur am vorderen Winkel der Glottis kommt es zu oberflächlicher Erosion; ihr folgt Schwellung, bindegewebige Wucherung und Verschmelzung der Stimmbänder, so dass oft nur eine kleine halbmondförmige Oeffnung vor den Arytaenoidknorpeln bleibt. Heiserkeit und Athemnoth sind die Folgen und verstärken sich um so mehr, je stärker die Trachea in den Process mit hineingezogen wird. Das Lumen derselben wird entweder mehr gleichförmig verengt, oder es bilden sich Stränge und diaphragmenartige Membranen. Auch die Trachealknorpel verschmelzen und ossificiren zum Theil. Die Behandlung ist örtlich; Adstringentien, Salz- und Sodalösungen sind einzuschnaufen und in die Nase zu irrigiren, dazwischen Aetzungen vorzunehmen. Die Membranen im Larynx müssen operativ behandelt werden. Es kann Tracheotomie indicirt sein, deren Erfolg bei weit fortgeschrittener Erkrankung jedoch problematisch ist.

Eine betreffende Krankengeschichte illustrirt die Mittheilung.

v. Mosengeil (Bonn).

G. Lawson. Verletzung des Sehnerven.

(The Lancet 1875. Vol. 1. p. 13.)

Diese seltene Verletzung betraf einen 27jähr. Mann, welcher in einem Streite mit einem Taschenmesser gestochen wurde. Die Wunde betraf das obere Augenlid nahe am äusseren Winkel und den Sehnerven ohne weitere Verletzung des Augapfels; Pat. verlor auf diesem bisher guten Auge sogleich das Sehvermögen. Die Pupille, etwas dilatirt, war reactionslos; die Opticus-Scheibe etwas weisser als in dem anderen Auge, die Arterien fadenförmig; die durchsichtigen Medieen normal. Innerhalb 3 Monate bildete sich eine vollständige Atrophie des Sehnervens aus.

Pils (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

W. Kondireff. Behandlung des Erysipels mit eiskalten Compressen.

(Moskauer med. Zeitung 1874. No. 50.)

Der Verlauf der Krankheit wurde durch obige Behandlung nicht abgekürzt; er dauerte wie auch bei allen andern Behandlungsweisen durchschnittlich $9^1/_2$ Tage; auf die Temperatur, sowie den Typus des Fieberzustandes hatte die Behandlung

ebenfalls gar keinen Einfluss. Trotzdem bevorzugt Verf. obige Behandlung vor allen anderen wegen der Einfachheit und Reinlichkeit in der Anwendung.

W. Grube (Charkow).

E. Krasnogliadow. Tetanus traumaticus.

(Sitzungsberichte der kaiserl. med. Gesellschaft im Kaukasus 1874. No. 13. p. 385.)

Bei einem Soldaten mit einer Schusswunde des Tibio-Tarsalgelenkes mit Zersplitterung der hinteren und äusseren Theile des Calcaneus, Astragalus und des Malleolus externus entwickelte sich am 13. Tage nach der Verletzung Trismus und Convulsionen in der verletzten Extremität, darauf ausgesprochener Tetanus. Durch Darreichung von Chloralhydrat wurden die Krämpfe öfters um Vieles erleichtert, manchmal gänzlich aufgehoben. Vom Beginn des Tetanus an markirte sich am meisten ein sehr erhöhter Seitendruck in den Gefässen, bei einem Pulse von 110—140 und Temperaturschwankung von 38,2—40,3°C. Tod am 6. Tage nach Auftritt der ersten Symptome des Tetanus; unmittelbar nach dem Tode Temperatur 40,3°C.

Die Section erwies: Hyperämie und leichtes Oedem des Gehirns; an der Gehirnbasis blutig-seröses Exsudat, starke Gefässinjection; in den Ventrikeln dasselbe Exsudat in geringerer Quantität. Lungen stark hyperämisch, in den vorderen Theilen Emphysem. Leber, Milz hyperämirt. Ein ausgeschnittenes Stück des der Wunde angehörenden N. tibialis war in seinen unteren Theilen hyperämisch, hellroth gefärbt. — Gestützt auf diese Beobachtung empfiehlt Verf. bei Behandlung des Tetanus auf den gesteigerten Seitendruck in den Gefässen Rücksicht zu nehmen und denselben, sowie die gesteigerte Temperatur mittelst Ergotin zu bekämpfen (?).

W. Grube (Charkow).

Death following rhinoplastic operations.

(New York med. Journ. Bd. XXI. p. 14.)

Eine durch Trauma verlorene Nase wurde mit Hülfe eines Stirnlappens neu gebildet (Bellevue-Hospital, New-York). Nach 2 oder 3 Wochen wurde der Stiel des Lappens durchschnitten und ein kleines Stück aus letzterem exstirpirt. 7 Tage nach dieser zweiten Operation Convulsionen, 24 Stunden später Tod. Das Periost im Grunde der Excisionswunde abgelöst, dura mater verdickt und an Hirn und Schädel adhärent, Abscess, Thrombose des sinus longitudinalis.

In demselben Hospital waren früher bereits 2 Todesfälle nach derselben Operation beobachtet worden. Beide Mal fand sich Thrombose des oberen Theiles des sinus longitudinalis. **Madelung** (Bonn).

Mears. Treatement of cystic goitre.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 147. p. 741.)

In den Cystenkropf einer 28jähr. Dame wird nach vorausgegangener Punction mit einem feinen Trokart eine Drachme Liquor ferri injicirt und dort sammt dem Instrument 4 Tage belassen. Am fünften Tage Zeichen von Entzündung und Eiterung. Application von warmen Umschlägen, während die Punctionsöffnung durch die Sonde offen erhalten wird. Innerhalb 6 Wochen Heilung unter beträchtlicher Verkleinerung des Kropfes. Mackenzie (Lancet 11. Mai 1872) behandelte in dieser Weise 68 Fälle von Cystenkropf und 19 dieser Varietät nahe stehende Formen. **Wilh. Koch** (Berlin).

L. Wissniewski (Krakau): Ein Beitrag zur Kasuistik der Perichondritis laryngea nach Variola.

(Przegląd lekarski 1874. No. 41 und 42. polnisch.)

Ein 4jähr. Mädchen kam Ende April 1874 ins Spital mit Variola, an der es seit 2 Wochen erkrankt war und zeigte zugleich eine geringe Heiserkeit, die jeden Tag zunahm; am 8. Mai trat Laryngostenose auf, die nach zwei Tagen so stark wurde, dass man Croup in Verdacht hatte und sogleich eine Crico-Tracheotomie vornahm. Nach Einführung der Kanüle wird das Kind asphyktisch, erholt sich nach energischen Wiederbelebungsversuchen ziemlich schnell, verschied aber am 3. Tage nach der Operation plötzlich. — Die Section ergab ein bedeutendes puru-

lentes Pleuraexsudat, das die Lunge comprimirte, nebenbei Nekrose der Cartilago cricoidea und einen Sinus, der gegen den Oesophagus gerichtet, aber nur gegen die Trachea offen war. **Obaliński** (Krakau).

Salomon. Schnelle Heilung einer schweren acuten Rückenmarksaffection unter Anwendung des Glüheisens.

(Correspondenzblatt der ärztl. Vereine in Rheinland etc. etc. 1875. Januar. p. 15.)

Ein 24jähr., sehr kräftiges Mädchen erkrankt unter unbedeutendem Fieber und gastrischen Symptomen nach schwerer Hausarbeit und öfterem Gehen mit blossen Strümpfen durch feuchte Zimmer. Binnen 4 Tagen entwickelt sich vollständige, von unten nach oben fortschreitende Lähmung und vollständige Anästhesie an Extremitäten, Rumpf, Hals, Nacken, Gesicht etc. Nur die Thätigkeit der Athmungsmuskeln ist unverändert. Application von 20 Schröpfköpfen nutzlos. Am 4. Tage werden mit dem Glüheisen vom 7. Halswirbel bis zum 10. Brustwirbel zu beiden Seiten der Wirbelsäule tief in das Gewebe eindringende Streifen gezogen. Die psychisch klare Pat. hat nicht die mindeste Empfindung davon. Nach 2 Stunden plötzlich eintretende Empfindung von heftigen Schmerzen an den Brandstellen. Spontane Urinentleerung. Rückkehr der Motilität an den Armen bis zur leichten Elevation derselben und schwachem Schluss der Hand. Deutliche Rückkehr des Gefühls im Gesicht und an der Hand. Rasch fortschreitende Besserung aller Symptome, während die cauterisirten Streifen in Eiterung erhalten werden, so dass 10 Tage nach dem Brennen der erste Gehversuch gemacht werden kann; nach weiteren 5 Tagen wird die völlige Heilung constatirt. Bemerkungen über Natur der Krankheit und Geschichte des Operationsverfahrens siehe im Original.

Madelung (Bonn).

J. Hutchinson. Glücklicher Bauchschnitt bei Invagination.

(Lond. med. & chir. Transact. 1874. p. 31.)

Die Beobachtung betraf ein 2jähr. Mädchen, bei dem zur Zeit an der durch den After hervorgetretenen Invagination deutlich die Valvula Bauhini erkannt werden konnte. Da der Verlauf ein chronischer war (über 1 Monat), und das Kind sehr elend aussah, so machte H., nach Misslingen von Wasserinjectionen in der Narkose sogleich die Laparotomie, die ohne jede Schwierigkeit verlief; die Invagination liess sich leicht heben, schon nach 3 Minuten konnte die Bauchwunde geschlossen werden; die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall. Wegen der vom Verf. an den Fall geknüpften, sehr interessanten Bemerkungen über Diagnostik der Invagination, Mortalität bei derselben und die operativen Indicationen, muss auf das Original verwiesen werden. (Cf. Ashhurst, The American Journ. for med. sc. 1774, Juli, ref. im Centralbl. für Chir. 1874 p. 460). **Pilz** (Stettin).

Hull. A case of diaphragmatic hernia.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 157. p. 69.)

Stichwunden durch den Knorpel der linken 8. Rippe und durch das Zwerchfell etwas links von der Oesophagusöffnung — letztere Wunde $1^1/_4$ Zoll lang. Wiederholte Anfälle von Kolik; Tod in einem derselben, 8 Monate nach der Verletzung.

Section. Ein Theil des Dünn- und Dickdarms brandig. Zwerchfellbruch, eine Schlinge des Colon transversum einschliessend, welche mit dem unteren Lungenlappen fest verwachsen war. **Wilh. Koch** (Berlin).

Désormeaux. Hydrocèle. — Cautérisation au nitrate d'argent.

(Revue de thérapeutique méd. chirurg. 1875. No. 4.)

Hodenwasserbrüche hat D. im Hospital Necker (Paris) seit Jahren durch directe Aetzung mittelst Lapis zur Heilung gebracht. Er führt nach erfolgter Punction mit Hülfe des Trokarts einen Mandrin, der an der Spitze einen Höllensteinstift trägt, und bestreicht damit die Tunica vaginalis an verschiedenen Stellen. Die reactive Entzündung ist prompt, der Schmerz angeblich nicht so bedeutend und der ganze Eingriff ungefährlich. D. zieht diese Methode der Jodinjection vor. Auch Maisonneuve u. A. sollen ähnlich verfahren. **Arn. Hiller** (Berlin).

J. G. Kerr. Hypertrophy of corpora cavernosa.

(Philadelphia med. Times 1875. No. 107. p. 229.)

Ein 33jähr. Chinese bemerkt seit seinem 6. Jahre eine stetig zunehmende Vergrösserung des Penis. Derselbe hat bei der Aufnahme des Kranken in's Hospital einen Durchmesser von $3^1/_2$—4 Zoll. Dabei war die Haut und das Unterhautgewebe hier wie am Scrotum normal.

Nach einer Incision durch die Haut erscheinen die corpora cavernosa hypertrophirt und sclerosirt. Ein beträchtlicher Theil derselben wird unter erheblicher Blutung exstirpirt, aber nicht mikroskopisch untersucht.

Wilh. Koch (Berlin).

Sydney Jones. Hypertrophie des Kniees.

(London pathol. Soc. Jan. 19. British med. Journal 1875. Vol. 1. p. 143.)

Nach einer 5jähr. Kniegelenkseiterung war das kranke Bein $1^1/_2''$ länger geworden als das gesunde, durch starke Längenzunahme sowohl des Femur, wie der Tibia. **Pilz** (Stettin).

Guyot. Quelques considérations sur la désarticulation tarso-métatarsienne: comparaison du procédé de Lisfranc et du procédé de Marcelin Duval.

(Thèse, Paris, 1874.)

Das Duval'sche Verfahren zur Exarticulation zwischen Tarsus und Metatarsus unterscheidet sich vom Lisfranc'schen wesentlich darin, dass zunächst ein Plantarlappen von aussen nach innen geschnitten wird; man trennt gleich darauf die Sehne des M. peronaeus longus und das innere Zwischenknochenband und öffnet von unten das Gelenk des ersten Mittelfussknochen. Nun wird ein Dorsallappen abpräparirt, der etwa 3 Cm. oberhalb der Zehenwurzeln verläuft und hierauf die Exarticulation vollendet. Dieses Verfahren soll leichter auszuführen sein als das andere. Verf. theilt 11 Fälle mit [9 geh., 2 Erfolg unbekannt (?)], in welchen Duval's Methode zur Anwendung kam.

Girard (Strassburg i/E.).

F. A. Humphry. Auslösung des Calcaneus und Astragalus.

(Bartholmew's Hosp. Rep. Vol X. p. 377.)

Vorliegender Fall ist weniger seiner Seltenheit wegen, — allerdings nicht wie H. glaubte, der erste dieser Art, denn u. A. hat Bardeleben diese Excision gemacht, — als vielmehr seines ausserordentlichen, kaum für wahrscheinlich gehaltenen Heilresultates wegen von Interesse und fordert entschieden auf, in den nicht seltenen Fällen von Caries dieser beiden Knochen im Kindesalter, nicht wie bisher die Amputation zu machen, sondern die Auslösung der in Rede stehenden Knochen zu versuchen.

Der Fall selbst betrifft einen 9jähr. Knaben, welcher nach Trauma eine sich nicht schliessen wollende Abscedirung der Ferse bekam. Nachdem durch 2malige Entfernung des erkrankten Knochens keine Heilung erzielt war, wurde die Entfernung des erkrankten Calcaneus beschlossen. Da aber der Astragalus sich ebenfalls erkrankt erwies, so entfernte ihn H. ebenfalls. In den ersten 3 Wochen rückte der Fuss oft nach hinten; jetzt 3 Monate nach der Excision steht der platte, hinten breitere Fuss gut im rechten Winkel, ist gut beweglich, die Fersengegend durch feste Masse ausgefüllt; die Verkürzung des Unterschenkels beträgt $1^1/_2''$, die des Fusses, von den Zehen bis zur Hacke, $1^3/_4''$. **Pilz** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 16. **Sonnabend, den 17. April.** **1875.**

C. Mazzoni. Anno secondo di clinica chirurgica nella r. università di Roma.

(Rom. Selbstverlag des Verfassers 1874.)

Der vorliegende Bericht giebt eine Uebersicht über die im klinischen Jahr 1873—74 an der k. Universitätsklinik in Rom behandelten chir. Fälle, im ganzen nur 112, worunter nur eine Amputation (Vorderarm), zwei Enucleationen (nach Gritti und nach Roux), gar keine Gelenksresection, keine complicirte Fractur, keine Tracheotomie, und nur zwei einfache Fracturen (des Radius und des Femur). Das Material ist also im höchsten Grade dürftig und für eine Klinik in jeder Hinsicht unzureichend.

Der sehr ausführliche Bericht (210 Seiten gr. 8⁰ mit 11 Tafeln) ist wesentlich für die Zuhörer der Klinik bestimmt; er soll sie in's praktische Leben begleiten. Eine 29 Seiten lange Einleitung giebt

denselben eine Anweisung, ihre fünf Sinne gehörig auszubilden, um richtige Diagnosen zu stellen.

Darauf folgen sämmtliche Krankengeschichten aller einzelnen Fälle, wobei auch die unwesentlichen wie z. B. Tonsillenhypertrophie, Hydrocele etc. ausführlich mitgetheilt sind. Die Mortalität sämmtlicher Fälle nach einer Berechnung des Ref. beläuft sich auf 14,2%. Zu Fall V mit dem Titel: Multiple Abscesse des Oberschenkels — Incisionen — Pyämie — Tod — bemerkt M., dass die Autoren sich mit dieser Krankheit wenig oder gar nicht befassen. Doch scheint der ganzen Beschreibung nach die Annahme, dass es sich einfach um eine Osteomyclitis des Femur gehandelt habe, kaum eine gewagte zu sein.

Interessant sind zwei Fälle von Mal perforant du pied, welche die Ansicht zu bestätigen scheinen, dass es sich hierbei wesentlich um eine neuroparalytische Ernährungsstörung handelt.

Eine Blasenperinaealfistel (nach 3maligem Steinschnitt ausserhalb der Klinik) wurde durch Cauterisation, eine Blasenrectumfistel nach einem Lateralschnitt (ausserhalb der Klinik) wurde durch die Naht nach Sims geheilt.

Von drei Blasenscheidenfisteln wurde eine geheilt, eine gebessert und eine dritte wegen des Allgemeinzustandes nicht operirt.

Von 7 Urethralstricturen wurden 4 durch forcirte, 1 durch allmälige Dilatation, 1 durch die innere und 1 durch die äussere Urethrotomie behandelt. Der letztere Fall starb, wozu die Degeneration (speckig) der Nieren nicht wenig beigetragen haben mag.

Zur leichteren Ausführung der äusseren Urethrotomie, empfiehlt M. nachdem man auf den bis zur Strictur eingeführten Katheter eingeschnitten hat, durch die Lefzen der Urethralwunde zwei gefärbte Fäden zu führen. Durch dieselben werden die Wundränder klaffend erhalten und die Urethra wird dem Niveau des Perinäums genähert. Ferner wird durch diesen Zug die obliterirte Urethra und die Urethra jenseits der Strictur zu einem fast geradlinigen, deutlich fühlbaren Strange angespannt. Man schneidet nun auf diesen gespannten Strang bis jenseits der Strictur ein. M. hat schon 8 Mal auf diese Weise die äussere Urethrotomie ausgeführt und jedesmal ohne Schwierigkeiten. — In Fall 34 wurde eine narbige Contractur des Unterkiefers durch Durchsägung des horizontalen Astes vor den Narbensträngen vollkommen geheilt. M. erklärt demnach die einfache Durchsägung (Rizzoli) für genügend und hält die Resection einer Scheibe aus dem Unterkiefer (Esmarch) für überflüssig. — Unter den Verletzungen ist ein Fall von Zerreissung des Ligam. patellae proprium erwähnenswerth.

Unter dem Titel »Luxationen« finden sich 3 Fälle (45—47) von Verrenkung des Hüftgelenks angeführt, zwei davon sogenannte spontane Verrenkungen, die dritte bei einem 17monatlichen Kind durch Laxität der Bänder bedingt. In allen dreien wurde die Reduction vorgenommen und darauf ein fixer Verband angelegt.

Vier Fälle von Caries der Rippen wurden durch Resection geheilt. Der Operationsmodus ist nicht näher beschrieben.

Ein Fall von Emphysem der rechten Kopfhälfte vom proc. mastoideus ausgehend, welches ganz allmälig ohne Beschwerden zu erregen, zu beträchtlicher Geschwulst Veranlassung gab, wurde durch einen Einschnitt und Einlegen einer Drainröhre geheilt.

Unter den Cysten verdient ein Echinococcus der Orbita erwähnt zu werden, welcher mit Erfolg exstirpirt wurde.

Ein grosszelliges Sarcom der linken Suborbitalgegend wird dadurch interessant, dass es sich genau an der Stelle entwickelte, wo wenige Monate vorher ein Angiom operirt worden war. — Wegen eines Riesenzellensarcoms des Kniees wurde die Amputation des Oberschenkels nach Gritti vorgenommen unter Zuhülfenahme der Esmarch'schen Methode. Die Einschnürungsfurche blieb fast den ganzen Tag erkennbar; es entwickelte sich feuchter Brand des Amputationsstumpfes und die Kranke verschied zwei Tage nach der Amputation. Bei der Section findet sich ausser seröser Durchfeuchtung der Muskulatur eine eitrige Infiltration der Gefässscheide im unteren Drittel, in der vena cruralis an der Einmündungsstelle der Saphena ein im Innern erweichter, an einer Stelle der Venenwand adhärenter Thrombus. An eben dieser Stelle besitzt die Vene eine hirsekorngrosse Ulceration. M. bemerkt, dass dieser Fall bezüglich der Unschädlichkeit der Esmarch'schen Compression verdachterregend ist. Ref. gesteht, dass es auffallend ist, dass die Einschnürungsfurche fast den ganzen Tag über erkennbar blieb; es ist möglich, dass die Einschnürung etwas allzu fest vorgenommen wurde (Ref. bedient sich zur Compression nie des Schlauches, sondern stets nur der elast. Binde); aber es ist doch bekannt, dass Fälle von Gangrène foudroyante gerade nach Oberschenkelamputationen auch ohne Esmarch'sche Compression vorkamen.

Die Exstirpation eines grossen Chondro-Myxo-Sarcoms der Parotis wurde dadurch interessant, dass wegen (unausweichlicher) Verletzung der Carotis externa während der Operation die Carotis communis unterbunden werden musste, da es nicht möglich war, in der Wunde selbst die externa zu fassen. Wenn M. empfiehlt, grosse Carotistumoren stückweise (per segmentazione) zu entfernen, weil man dabei die Gefässe nach und nach, wie man sie durchschneidet, unterbinden kann, so zeigt gerade sein Fall, dass diese Methode vor gefährlichen Blutungen nicht sicher stellt, weshalb sie Ref. nur ganz ausnahmsweise, nie als Regel gelten lassen möchte. Den Glanzpunct der Operationen M.'s bildet ein Myxosarcom der Sternalgegend, welches mit Resection fast des ganzen Sternums vom manubrium bis zum proc. ensiformis und mit einem Theile des 2., 3. und 4. Rippenknorpels entfernt wurde, so dass das Mediastinum und das Pericardium offen zu Tage lagen. Die ersten 15 Tage war das Befinden des Pat. ganz leidlich. Von da ab entwickelte sich eine hypostat. Pneumonie, welcher der Kranke bald erlag.

Herniotomieen kamen 5 vor bei 2 Inguinal- und 3 Cruralhernien. Von diesen heilten zwei, starben zwei und eine blieb in Behandlung. Wenn Netz vorliegt, so trägt es M. mit sammt dem Bruchsack mittelst des Ecraseurs ab. Dadurch wird sofort die Communication zwischen Bauchhöhle und Wunde abgeschlossen. — Wenn Darm eingeklemmt war, so kommt es vor, dass, selbst nachdem der einschnürende Ring erweitert ist, an dem nun hervorgezogenen Darme die Strictur an der früheren Einklemmungsstelle fortbesteht. Würde man einen solchen Darm reponiren, so könnten die Einklemmungserscheinungen weiter anhalten. In solchen Fällen empfiehlt M. nach dem Vorgange Palasciano's die stricturirte Stelle mit dem Finger zu erweitern, indem man den Darm invaginirt.

Von zwei Lithotripsieen ist eine geheilt und eine gestorben, die drei Steinschnitte hatten sämmtlich tödtlichen Ausgang.

Menzel (Triest).

Chauvel. De l'insensibilité produite par la compression d'Esmarch.

(Séance de la société de chirurgie 1874. Nov. 11.)

Ch. machte 15 Versuche, 12 an der unteren, 3 an der oberen Extremität. Natürlich stellte er zuvor das Maass der normalen Sensibilität fest. Bei allen Versuchsindividuen wurde eine Verminderung der Sensibilität constatirt. Die Anästhesie tritt nie sofort, sondern immer erst nach einem wechselnden Zeitraum von 5 bis zu 20 Minuten ein. Die Insensibilität erscheint schneller an der oberen als an der unteren Extremität, wobei der Grad der Zusammenschnürung das langsame oder schnelle Eintreten derselben, sowie den Grad der localen Anästhesie wesentlich beeinflusst. Die Insensibilität erscheint zuerst an den periphersten Puncten des Rumpfes, um dann nur allmälig zu den oberen Regionen vorzuschreiten. Sie trat, mit einer einzigen Ausnahme, wo die Sensibilität normal zu bleiben schien, in allen Fällen ein, war aber doch niemals eine ganz vollkommene.

Am schnellsten erscheint der Schmerzeindruck abgeschwächt. Dagegen bemerkt der Ref. (Lannelongue), dass Ch. nur an der Haut experimentirt habe; es sei fraglich, ob der Schmerz in den tieferen Partieen nicht ganz wie sonst sei.

Im 2. Theile der Ch.'schen Arbeit finden sich 2 Beobachtungen, nach denen die Operation des eingewachsenen Nagels unter Anwendung der elastischen Compression nur wenig Schmerzäusserungen der Pat. hervorgerufen haben soll.

Der Ref. bemerkt, diese Fälle genügen nicht, der elast. Compression die Bedeutung eines chirurg. Anästhesirungsmittels zu vindiciren.

Eine 3. Beobachtung betrifft einen an Ischias leidenden Kranken, welchen Ch. nach Anwendung der elastischen Compression mit dem Glüheisen punctirte. Die Anästhesie war nicht vollständig.

Le Fort hat auf die Sensibilitätsverminderung bei Anwendung der elast. Compression ebenfalls aufmerksam gemacht, doch hat er nie eine völlige Insensibilität erreicht. Um die Anästhesie durch dieses Mittel herzustellen, müsste die Binde am centralen Ende des Gliedes sehr fest zusammengeschnürt werden, was andere Nachtheile bringen müsste. Auch die Annehmlichkeit, durch keine Blutung bei der Operation gestört zu werden, wird zuweilen durch eine später folgende Blutung aus den kleinen paralysirten Muskelarterienästchen compensirt. Le Fort ist daher nicht für die allzu energische Constriction mit der elastischen Binde. Man greife lieber zum Chloroform und übe das Esmarch'sche Verfahren nur zum Zwecke der Verminderung oder Aufhebung der Blutzufuhr.

Fr. Steiner (Wien).

W. H. Broadbent. Further illustrations of the therapeutic uses of phosphorus: in angina, essential or pernicious anaemia, leucocythaemia.

(The Practitioner 1875. January.)

Verf. hat bereits früher (Practitioner 1873, April) mehrere Fälle mitgetheilt, welche die erfolgreiche Anwendung des Phosphor gegen Neuralgieen illustriren (Ashburton, Thompson, Bradley u. A.). Ausser bei Neurosen hat Verf. neuerdings auch bei constitutioneller Anämie und bei Leucocythaemie günstige Erfolge nach der Darreichung von Phosphor gesehen und fordert zu ähnlichen Versuchen auf.

Tillmanns (Leipzig).

E. Kleinschmidt. Die puerperale Pyämie und ihr Verhalten gegenüber der chirurgischen.

Inaug.-Diss. Halle a/S. 1874.

Zum Zweck eines Vergleichs der puerperalen Pyämie mit der chirurgischen (Verf. hat in beiden Fällen die metastatische Pyämia multiplex im Auge) stellt Verf. 14 auf der geburtshülflichen Klinik zu Halle beobachtete und 104 von C. Müller in einer statistischen Arbeit zusammengefasste Fälle von puerperaler Pyämie den 83 von Billroth statistisch verwertheten Fällen von chirurgischer Pyämie entgegen. Verf. hebt einzelne unbedeutende Verschiedenheiten der im Wesentlichen völlig identischen Erkrankungen hervor.

Dass die puerperale Erkrankung vorzugsweise in den Blüthejahren stehende Individuen befällt, während zu der chirurgischen höheres Alter disponirt (Hüter), ist wohl erklärlich. Den früheren Eintritt des ersten Frostes bei erkrankenden Wöchnerinnen (unter 40 Fällen 27 Mal in der 1. Woche: Müller und Verf.) gegenüber der chirurgischen Pyämie, bei der sich in einer ziemlich gleichen Zahl von Fällen der erste Frost in der ersten, zweiten und dritten Woche ein-

stellt, erklärt Verf. mit C. Müller durch die Möglichkeit einer Infection vor der Geburt.

Die grössere Häufigkeit der Nierenabscesse bei der Wochenbetterkrankung (in 14,3% der Fälle bei Müller, 15% Verf. gegen 4% der Billroth'schen Statistik für die chirurgische Pyämie) ist durch die Besonderheit der Verwundung im Wochenbett vielleicht nicht genügend erklärt.

A. Genzmer (Halle).

A. H. Buck (New-York). Die Krankheiten des Warzenfortsatzes; ihre Diagnose, Pathologie und Behandlung.

(Arch. für Augen- und Ohrenheilkunde 1874. Bd. 3. Abtheil. 2.)

Verf. giebt eine Schilderung des Krankheitsverlaufs in seinen verschiedenen Stadien. Eine genügende Zahl von Fällen (24) beleuchtet die verschiedenen Gesichtspuncte und es werden bestimmte Merkmale angeführt, welche den Praktiker in den Stand setzen, die ernste Tragweite des Leidens einzusehen. Es wird betont, dass in einer grossen Mehrzahl von Fällen die Wichtigkeit der Affection nicht hinreichend gewürdigt werde und dass infolge dessen die Sterblichkeit verhältnissmässig sehr gross sei.

Die Entzündung des äusseren Periost, die Congestion der Schleimhaut des Warzenfortsatzes mit oder ohne Granulationswucherung, die chron. subacute Entzündung mit Hyperostose und endlich Caries und Ostitis suppurat. werden kurz besprochen und durch interessante Fälle illustrirt (siehe Original), ohne dass indessen wesentlich Neues gebracht würde.

Nach einer kurzen Erörterung der differentiellen Diagnose und nach einigen statistischen Bemerkungen giebt Verf. zum Schlusse eine tabellarische Uebersicht der am Warzenfortsatz gemachten Operationen. Es werden 35 Trepanationen des Warzenfortsatzes aus der Literatur mitgetheilt. In 28 Fällen (4 Fälle vom Verf.) trat Genesung ein, während 7 Mal exitus letalis (2 Fälle vom Verf.) erfolgte.

Tillmanns (Leipzig).

Annandale. Two cases of foreign bodies in the air-passages.

(Med. tim. and gaz. 1875. Febr. 27. p. 225.)

A. macht darauf aufmerksam, wie zweckmässig es sei, bei dem Versuche einen Fremdkörper aus dem Larynx durch die Tracheotomiewunde zu entfernen, gleichzeitig vom Munde aus die Manipulationen durch den Finger zu unterstützen. Zur Entfernung fremder Körper aus den Bronchien empfiehlt er nach ausgeführter Tracheotomie und einer tiefen Inspiration, die Trachea temporär zu schliessen; die folgende heftige Exspiration treibe oft den Körper heraus.

1) Ein 11monatl. Kind verschluckte ein Stück eines Härings. Der mit dem Finger im Larynxeingang gefühlte scharfe Körper liess

sich mit einer Zange nicht ausziehen. Tracheotomie dicht unter dem Larynx. Der Körper wurde von der Wunde aus leicht ausgezogen, als der Finger vom Munde aus nachhalf. Das Kind erholte sich anfangs, starb aber unerwartet am folgenden Tage. Keine Section.

2) Ein 7jähr. Kind hatte seit 5 Tagen eine Glasperle verschluckt, die in den Intermissionen der Beschwerden im rechten Bronchus nachzuweisen war. Tracheotomie. Vergeblicher Versuch mit Zangen, mit Inversion des Kopfes. Am folgenden Tage nach tiefer Inspiration Verschluss der Trachea; die starke Exspiration treibt die Perle heraus. Naht der Wunde, Heilung. **Ranke** (Halle).

Krishaber. Corps étrangers de l'oesophage.

(Séance de la société de chirurgie 1874. Nov. 11.)

K. liess in einem Falle von Fremdkörper des Oesophagus den Patienten erst viel Wasser trinken, führte dann eine mit einem Schwamm armirte Fischbeinsonde in den Magen ein und wartete, bis der Schwamm sich vollgesogen haben konnte. Dann zog er die Sonde wieder heraus und »fegte« so den Oesophagus von unten nach oben aus, wobei er den Fremdkörper, ein Stück Truthahnknochen, mit heraus brachte.

Der Ref. Duplay bemerkt hierzu, es sei wohl schwer, den Magen mit Wasser zu füllen, wenn der Pat. nicht schlucken könne, und das Heraufziehen des Schwammes würde schmerzhaft werden, wenn er zu stark anschwelle. **Fr. Steiner** (Wien).

Le Dentu. Variété peu commune d'engorgement de la mamelle.

(Séance de la société de chirurgie 1874. Nov. 11.)

Die linke Brust einer 79jähr. Frau stellte einen dunkelrothen Tumor mit ausgedehnt indurirter Umgebung dar. Kein Oedem. Bald reichte die Induration an's Sternum, an die Schlüsselbein- und Achselhöhlengegend. Schwellung der Achseldrüsen, Oedem des linken Arms. Im 36. Lebensjahre war Pat. wegen eines Tumors in der linken Brust operirt worden. Im 72. Lebensjahre war ein Uterusfibroid spontan zur Abstossung gekommen. 14 Tage nach der jetzigen Aufnahme in's Spital entwickelte sich auch in der rechten Brust eine Anschwellung. Le D. applicirte auf beide Brüste und den Arm einen Compressivwatteverband. Allmälig schwand die Anschwellung. 3 Monate später war das Oedem am Arme geschwunden. Nach 5 Monaten vollkommene Heilung.

Le D. weist auf die Seltenheit solcher Anschwellungen der Brust in so hohem Alter hin, und sucht im Lymphgefässsystem der Brust die Ursache derselben, wofür er die Bezeichnung: Sclérème phlegmasique temporaire (de la mamelle) wählt.

Verneuil hat 3 einigermassen dem obigen ähnliche Fälle gesehen. Eine 40jähr., sonst gesunde Frau consultirte ihn wegen einer

plötzlich entstandenen steinharten, schmerzhaften Induration beider Brüste. Heilung in einigen Wochen.

Vor 12 Jahren sah V. eine gichtleidende Dame, deren eine Brust eines Tages plötzlich anschwoll, gespannt, schmerzhaft wurde. Heilung durch Emollientia in 14 Tagen. 2 Monate später entstand ein acutes Oedem am linken Oberarm; an den Brüsten diesmal nichts Abnormes.

Wegen eines ähnlichen Leidens behandelte V. jetzt eine Dame, die nebenbei auch gichtleidend ist. Ruhe, Emollientia. Heilung. Die Patientin Le D.'s hatte nie an Gicht gelitten.

Fr. Steiner (Wien).

L. Capparelli. La ulcerazione e la perforazione del duodeno nelle scottature.

(Il Morgagni 1874. November.)

Einer der interessantesten Befunde bei Verbrennungen ist das runde Duodenalgeschwür. Unter 125 von Holmes angeführten Fällen zeigten 16 den obigen Befund.

C. glaubt, dass, sowie die typhösen Darmgeschwüre auch das Duodenalgeschwür nach Verbrennungen Folge einer Infection sei, welche von der Brandstätte ausgehe. Das inficirende Gift wird von C. Kausomiasma oder Phlegomiasma genannt. (Was durch diese neuen Namen gewonnen sein soll, ist schwer zu verstehen, Ref.)

Menzel (Triest).

Bryant. On the diagnostic value of the ilio-femoral triangle in cases of injury of the hip.

(Royal med. and chir. soc. 1875. Febr. 9. — Med. tim. and gaz. 1875. Febr. 27. p. 242.)

B. construirt ein Dreieck, dessen eine Seite durch die Verbindungslinie der spin. ant. sup. mit der Spitze des grossen Trochanter gebildet wird. Bei horizontal liegendem Körper wird von der Spina eine Senkrechte auf die Unterlage, vom Trochanter aus eine Horizontale gezogen. Letztere Linie stellt die Basis des Dreiecks dar, und soll bei Einkeilungsfracturen gegen die gleiche Linie auf der anderen Seite stets messbar verkürzt sein. **Ranke** (Halle).

W. Stockes. Notes on strangulated hernia.

(The Dublin Journal of med. science 1874. Octbr.)

Verf. berichtet über 10 Fälle von eingeklemmter Hernie, welche mit wenig Ausnahmen ungewöhnliche Erscheinungen darboten.

1. S e h r g r o s s e r »i n c a r c e r i r t e r«, s p ä t e r »s t r a n g u l i r t e r« S c r o t a l b r u c h. H e r n i o t o m i a i n t. H e i l u n g.

Der Fall ist interessant wegen der enormen Grösse des Bruches, der intermittirenden Einklemmungserscheinungen, der Abwesenheit jeglicher Auftreibung des Abdomen, der relativen Schmerzlosigkeit der Einklemmungsstelle. Verf. war anfangs in Zweifel, ob es sich um einen hydropischen Bruchsack mit eingeklemmter kleiner Darmschlinge, oder um einen grossen Scrotalbruch handele.

Die Herniotomie, welche extraperitoneal ausgeführt werden sollte, durch Einreissen des Bruchsackes aber zur inneren wurde, constatirte das Vorliegen von 3 Fuss Dünndarm, welcher trotz 6täg. Einklemmung gesund aussah, sich indessen nur schwer reponiren liess. Pat., 30 J. alt, genas.

2. Eingeklemmte Femoralhernie von ungewöhnlicher Grösse und Form. Herniotomia ext. Heilung.

Patientin 40 Jahr. Bruch nach 2jähr. Bestehen durch Schlag auf den Leib eingeklemmt. Ziemlich grosse Geschwulst, von der Gestalt einer Sanduhr, erstreckte sich in das rechte Labium. Die anfangs gestellte Diagnose auf Inguinalhernie wurde nach genauer Untersuchung verlassen. Der Bruchschnitt, welcher ohne Eröffnung des Bruchsackes nach $9^1/_2$stünd. Einklemmung ausgeführt wurde, bestätigte eine grosse, abnorm geformte Femoralhernie. Pat. genas.

3. Eingeklemmte Inguinalhernie. Herniotomia int. am 5. Tage. Tod.

Patient 21 J. Bruch bestand seit 1 Jahre, konnte nie vollständig reponirt werden. Einklemmung ohne nachweisbare Veranlassung. Kleiner, hühnereigrosser Tumor im Scrotum von birnförmiger Gestalt. Der untere Abschnitt weich, schmerzlos, vom Hoden deutlich isolirbar, fühlt sich an wie eine Varicocele. Der obere schmerzhaft bei Berührung. Percussionston durchaus leer, keine Pellucität. Stuhl fehlt seit 5 Tagen, Gesicht blass, ängstlich; Bauch aufgetrieben, schmerzhaft.

Diagnose anfangs schwankend zwischen entzündetem Netzbruche und incarcerirter Darmhernie. Da die Symptome auf locale antiphlogistische Behandlung sich nicht bessern, Herniotomie am 5. Tage. Befund nach Eröffnung des Bruchsackes: Kleine, chocoladenfarbene Darmschlinge rings eingebettet in einen entzündeten und geschwollenen Netzklumpen. Reposition des Darmes gelang leicht, schwieriger die des überall verlötheten Netzes. Pat. starb 29 Stunden nach der Operation an Peritonitis. Die eingeklemmte Schlinge war gangränös.

4. Eingeklemmte Schenkelhernie; äusserer Bruchschnitt; Heilung.

Patient, 24 J., hatte den Bruch seit 5 Jahren. Einklemmung während eines heftigen Hustenanfalls. Bei der Operation zeigte sich der Bruchsack durch derbe Stränge mit der Pforte verwachsen.

5. Eingeklemmte Schenkelhernie; Darm in einem vom Netz gebildeten Sacke incarcerirt; Dauer der Einklemmung 12 Tage; innerer Bruchschnitt.

70jähr. Patientin. Hernie bestand seit 10 J. Einklemmungserscheinungen bei der Aufnahme ziemlich heftig.

Nach Eröffnung des Bruchsackes zeigte sich Netz und darunter eine Darmschlinge, welche in einer vom Netz gebildeten Tasche eingeklemmt war. Im Verlauf der Heilung bildete sich eine kleine Kothfistel aus. Pat. starb 6 Wochen nach der Operation an Entkräftung.

6. Eingeklemmte Leistenhernie; innerer Bruchschnitt; Tod.

68jähr. Mann. Bruch bestand 18 J. und war stets durch ein Bruchband zurückgehalten worden. Einklemmung seit 2 Tagen. Sehr heftige Symptome. Bei der Operation fand man den Darm stark entzündet. Reposition gelang leicht. Tod 8 Stdn. nach der Operation.

7) Eingeklemmte Femoralhernie von enormer Grösse; Reposition.

40jähr. Frau. Bruch bestand seit 13 J., war stets reponibel, vergrösserte sich aber langsam, da Pat. nie ein Bruchband trug. Einklemmung seit einigen Tagen. Bruch bei der Aufnahme kindskopfgross, sehr hart, schmerzhaft. Nach Anwendung eines warmen Bades und Application eines Klystiers einmalige Ausleerung und entschiedene Besserung. Innerlich Senna und Magnes. sulf. bewirken 2 weitere Stühle. Geschwulst wird weicher und schmerzlos. Nach wenigen Tagen vollkommene Heilung. (Incarceration oder Kothstauung im Bruche? Ref.)

8. Leistenhernie mit Symptomen der Einklemmung; Herniotomie; Tod. Innere Einklemmung.

Der 34jähr. Patient, ein Schmied, empfand während der Arbeit plötzlich einen heftigen Schmerz im Abdomen, welcher ihn nöthigte, seine Arbeit einzustellen. In der Folge Erbrechen und Stuhlverstopfung. Bei der Untersuchung findet man eine Leistenhernie, welche indessen durchaus nicht die Erscheinung der Incarceration zeigt. Vielmehr kann man mit dem Finger leicht in den Leistenring eindringen. Da übrigens sämmtliche Symptome andauern und die Hernie der Taxis gegenüber irreponibel bleibt, so wird die Herniotomie ausgeführt. Es findet sich eine alte Netzhernie, welche durch vielfache Stränge mit dem Bruchsacke verwachsen ist, von Darm keine Spur. Während Erbrechen, Stuhlverstopfung, Auftreibung des Leibes fortdauern, wird Pat. stündlich schwächer und stirbt.

Sectionsbefund: Der Bruchinhalt bestand nur aus Netz; die in der Nähe der Pforte gelegenen Eingeweide waren vollkommen gesund. Im Duodenum heftige Entzündung der Darmhäute. Am Uebergang des Jejunum in das Ileum fand sich eine Stelle, unterhalb welcher der Darm enger, oberhalb welcher er weiter war. Die Ursache der Einschnürung schien in einer grossen Anzahl von Pseudomembranen zu liegen, welche die Gedärme in verschiedenen Richtungen kreuzten und deren eine das Ileum an der erwähnten Stelle verengte.

9. Symptome einer incarcerirten Hernie bei Lymphdrüsenentzündung.

Eine 34jähr. Frau wurde mit allen Erscheinungen einer eingeklemmten Schenkelhernie (Stuhlverstopfung, Erbrechen, Schmerzhaftigkeit des Abdomen, schmerzhafter Tumor in der Schenkelbeuge) aufgenommen. Obwohl die Art der Entstehung, ein Tritt in die Schamgegend, einigen Verdacht rege machte, so entschied man sich doch für die Diagnose: »Brucheinklemmung« und führte die Herniotomie aus. Bei der Operation stiess man auf eine entzündete Lymphdrüse, nach deren Exstirpation sämmtliche Einklemmungssymptome nachliessen. Pat. verliess nach wenigen Tagen geheilt das Hospital.

Verf. knüpft an diesen Fall die Bemerkung, dass die Erscheinungen der Einklemmung auch unabhängig von einer Hernie auftreten könnten und führt zum Beweise noch 2 »analoge« Beobachtungen an, von welchen indessen nur die letztere hierher gehören dürfte.

Dr. Jameson traf bei einer Herniotomie ebenfalls auf eine entzündete Lymphdrüse und schnitt dieselbe an. Die Section der an »innerer Einklemmung« gestorbenen Patientin zeigte, dass unter der entzündeten Drüse eine gangränöse Darmschlinge lag, welche während der Operation durch den tiefen Einschnitt beinahe verletzt worden wäre.

Dr. Geoghegan machte wegen heftiger Einklemmungssymptome bei einer Frau mit Schenkelhernie den Bruchschnitt und fand nur einen kleinen Sack vor, welcher etwas Serum enthielt und durch eine enge Oeffnung mit der Bauchhöhle communicirte.

10. Eingeklemmte Leistenhernie; doppelte Einklemmung; Herniotomia int. Tod.

76jähr. Mann. Sehr grosse Scrotalhernie. Einklemmung seit 5 Tagen. Symptome sehr heftig. Bei der Eröffnung des Bruchsackes traf man stark entzündeten, indess noch lebensfähigen Darm an. Die Erweiterung des Bruchringes liess die Reposition nicht gelingen und bei näherer Untersuchung fand sich weiter oben eine zweite Verengerung, nach deren Spaltung der Darm zurückschlüpfte. Pat. starb 6 Stunden nach der Operation. Section nicht möglich.

Lossen (Heidelberg).

Pincus. Ueber den Krankheitscharakter der chronischen Alopecie und ihre gewöhnliche Beschränkung auf den Vorder- und Mittelkopf.

(Vortrag, in der Berl. med. Gesellschaft gehalten. — Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 4 u. 5.)

Die abzuhandelnde Krankheit ist nach Verf. in 95% Ursache der Kahlheit; von den betreffenden Namen seien Alopecia simplex und A. furfuracea die geeignetsten. Die bisher gebräuchlichen Erklärungen der Aetiologie, welche entweder in Verödung der Gefässe (Veiel) oder in Atrophie der peripheren Nervenästchen (Hebra's Schule) gesucht wird, wird verworfen. Verf.'s Untersuchungen ergeben, dass

das Bindegewebe, welches die Cutis mit den tieferen Schichten verbindet, sich verändert und hierin der Grund der Erscheinungen zu suchen ist. Die anfänglich weiten Bindegewebsmaschen werden enger, die Balken rücken näher, werden fester und die Cutis wird dichter an ihre Unterlage geheftet. Dabei wird das Wachsthum der Haare doppelt beeinflusst: 1) Es büsst in der ersten Zeit ($^1/_2$—5 Jahre) nur an seiner typischen Länge ein (I. Stadium). Der Ausfall nimmt etwas zu, besonders derjenige der kürzeren Haare. Secretion der Talgdrüsen ist etwas vermehrt. 2) Das Haar verliert an Dicke (II. Stadium); diese ist von der Dicke der Papille abhängig. Die Papille feiner Wollhaare liegt in der Cutis, rückt aber, wenn daraus ein starkes Haar werden soll (Pubertätszeit), weiter nach innen in die Fettschicht, wo der Haarbalg sich bequem ausdehnen kann. Wo die Bindegewebsbrücken am meisten senkrecht aufsteigen und von der festesten Unterlage ausgehen, d. h. am Haupt von der Galea, also auf Vorder- und Mittelkopf, werden durch die folgende bindegewebige Schrumpfung die Papillen am meisten beeinträchtigt. Da beim Weibe die Lücken zwischen den Bindegewebszügen in der tieferen und mittleren Kopfhautschicht erheblich grösser, als beim Manne sind, ist die Alopecie der Frauen seltener.

Die Sensibilitätsverhältnisse der behaarten Kopfhaut sind (geprüft nach Weber's Versuch und mittelst Druckprüfungen durch Eulenburg's Instrument) bei der Alopecie vom normalen Zustand etwas verschieden; der Raumsinn ist im Anfang etwas gesteigert, der Drucksinn nicht; die folgende Herabsetzung hat ihren Grund wie die Alopecie im Schrumpfen und Festerwerden des Bindegewebes, wodurch nicht nur die Papillen, sondern auch die Nervenenden atrophiren.

Hinsichtlich der Therapie glaubt P., dass die consequente, 1—3 Jahre lang fortgesetzte Anwendung schwacher Alkalilösungen das Leiden bessert, resp. heilt. Vor excitirenden Medicamenten warnt Verf. Das Haar soll anfangs darnach stärker wachsen, um später ($^1/_2$ Jahr) desto schneller zu Wollhaar zu verkümmern. Subcutane Einspritzungen scheinen erfolglos; der galvanische Strom als Erweicher des Narbengewebes wird zum Versuch empfohlen. **v. Mosengeil** (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

Cooper Forster. Surgical Records.

(The Guy's Hospitals Reports 1873—1874.)

Einer Reihe von 53 grösstentheils interessanten Fällen entnehmen wir die folgenden:

Fall 4. Krebs des Omentums und des Nabels eine Hernie vortäuschend.

Frau von 66 Jahren, welche bereits früher an einer Vortreibung des Nabels gelitten, wurde wegen heftigen Erbrechens und Schmerzen in der Nabelgegend aufgenommen. Leib aufgetrieben, tympanitisch. Am Nabel eine Geschwulst von 1

Zoll Durchmesser. Kein Impuls beim Husten. Der Fall imponirte anfangs für eine incarcerirte Nabelhernie. Eine genauere Untersuchung ergab indessen in der Bauchhöhle einen harten beweglichen Tumor, der mit der Nabelgeschwulst zusammenhing und für ein vom Netz ausgehendes Carcinom erklärt werden musste. Die nach 12 Tagen vorgenommene Section bestätigte die Diagnose. Das ganze Peritoneum war mit Krebsknoten übersäet. Ein grosser Tumor lag im Netz und war in den Nabelring hineingewachsen.

Fall 9. Sarcom der weichen Schädeldecken.

Die Geschwulst war bei einem 31jähr. Manne an der rechten Seite des Schädels entstanden, an einer Stelle, welche 2 Mal durch Schlag verletzt worden. Dreimalige Exstirpation innerhalb eines Jahres. Bei der letzten Operation Abschaben des Knochens. Phlebitis des Sinus longitud. Pyämie.

Fall 24. Kirschkern im rechten Bronchus. Tracheotomie.

Operation am Tage nachher ausgeführt. Trotz sorgfältiger Untersuchung konnte ein Fremdkörper nicht entdeckt werden. Die flacheren Excursionen der rechten Thoraxhälfte, die Rasselgeräusche, der Schmerz an der rechten Seite des Sternums liessen indessen auf seinen Sitz schliessen. Am folgenden Tage nach einem dyspnoischen Anfalle, in welchem künstlich respirirt werden musste, wurde die Trachealwunde erweitert. Bei einem Hustenanfall wurde der Kirschkern herausgeschleudert. Kind starb 13 Tage nachher an Bronchopneumonie.

Fall 46. Contusio cerebri; Aphasie; Basisfractur (?).

35 Jahr alter Mann fiel 12 Fuss hoch von einer Leiter herab auf den Kopf (welche Seite? nicht angegeben). Sofort Bewusstlosigkeit, Blutung aus dem rechten Ohr. ' Pupillen erweitert, rechts weiter als links. Bewusstsein kehrte langsam zurück. Keine Störungen der Sensibilität und Motilität.

Sprache verwirrt. Pat. scheint Alles zu verstehen, kann aber als Antwort nur »together«, »gethering« etc. mit wenigen Variationen herausbringen.

Nach 8 Tagen etwas Besserung. Nach 3 Wochen ziemlich geheilt entlassen.

Fall 49. Complicirte Fractur des Olecranon.

Pat. 46 J. alt. Schienenverband in Beugestellung. Heilungsdauer 48 Tage. P. mit kleiner Fistel und beweglichem Gelenke entlassen.

Fall 50 u. 51. 2 Resectionen im Knie wegen Caries.

Beide Patientinnen waren nahezu erwachsen, die erste 19, die zweite 17 Jahre alt. Bei der ersten kam es nach beinahe 7 Monaten zur Synostose, welche ein vollkommenes Aufstützen auf das resecirte Knie erlaubte, die andere ging an Pyämie zu Grunde.

Lossen (Heidelberg).

H. Knapp. Intraoculäre Blutung mit Bildung von Amyloidkörpern im Extravasate.

(Arch. für Augen- und Ohrenheilkunde 1874. Bd. III. Abtheil. 2.)

Patient hatte vor einigen Tagen eine heitere Abendgesellschaft mitgemacht, wo viel getanzt, getrunken und geraucht wurde; während derselben leichtes Unwohlsein, sein anscheinend vollständig gesundes Auge erblindete fast vollständig, war ein wenig geröthet und schmerzhaft. Bei der Untersuchung mittelst Augenspiegel ergiebt sich Bluterguss in den Glaskörper. Nachdem die Reizsymptome verschwunden, erfolgte statt Aufhellung noch grössere Verdunkelung und das Extravasat nahm eine dunkelbraune Farbe an. Keine Drucksteigerung; in allen Theilen des Gesichtsfeldes die zwar geringe Lichtempfindlichkeit noch erhalten. Von anderen Aerzten wird eine melanotische Geschwulst diagnosticirt, für welche aber nach K. jedes positive Symptom fehlte. Enucleation des Bulbus. Nach Eröffnung des Bulbus unmittelbar nach der Enucleation zeigte sich der Glaskörperraum von einer sehr weichen, schwarzen Masse (weiches Melanosarcom?) erfüllt. Nach Härtung des Präparates in Müller'scher Lösung ergab die mikroskop. Untersuchung: nirgends eine Geschwulst, vielmehr alte Blutcoagula zwischen Choroidea und Sclera, ähnliche aber geringere Anhäufungen von Blut zwischen Choroidea und Retina. Die schwärzliche Masse im Glaskörperraume bestand ebenfalls aus Blutkörperchen

untermischt mit runden durchsichtigen meist homogenen, seltner im Centrum etwas dunkleren Kugeln, welche im Durchmesser 1—3 Mal so gross als ein Blutkörperchen waren und bei Zusatz von Jodtinctur oder Schwefelsäure die charakteristische Amyloid-Reaction ergaben. An den Choroidalarterien zeigte sich speckige Infiltration, Verengerung des Lumens und Brüchigkeit ihrer Wandungen, Stauung in den erweiterten Capillaren, Ruptur derselben, in der Choriocapillaris zum Theil ausgebreitete Hämorrhagieen. Ciliarfortsätze, Iris und Retina normal. Pat. im Uebrigen vollkommen gesund. Amyloid im Auge bisher nach Verf. noch nicht beschrieben.

Tillmanns (Leipzig).

H. Knapp. Eine verbesserte Lidpincette, besonders für die Operation des Entropiums.

(Arch. für Augen- und Ohrenheilkunde 1874. Bd. III. Abtheil. 2.)

Die aus Schildplatt gefertigte Platte der Lidpincette ist wie bei dem Snellen'schen Instrument gekrümmt und mittelst zweier Nieten an das Ende der unteren Branche der Lidzange befestigt, welches sich in den Rand der Platte keilförmig hineinlegt. Die obere Fläche dieses Randes ragt über den Stiel der unteren Branche derart hervor, dass, wenn die Zange zugeschraubt ist, die obere Fläche der Platte mit dem Halbring in ein Niveau zu liegen kommt. An diesem so construirten Instrumente hat Verf. in jüngster Zeit noch eine kleine Aenderung in der Weise vorgenommen, dass die Ebene der Schildplatte nicht mit der des umgebenden Ringes zusammenfällt, wenn das Instrument geschlossen ist, sondern in der Art schief gestellt wird, dass der seitliche freie Rand der Platte ungefähr eine Linie höher liegt, als der Ring.

Das beschriebene Instrument soll in mancher Beziehung brauchbarer sein, als das Desmarres'sche und Snellen'sche: es hemmt die Blutung vollständiger, gewährt ein grösseres Operationsfeld und spannt die zu entfernenden Theile, hebt und exponirt sie besser. Tillmanns (Leipzig).

R. Wreden. Analyse eines bemerkenswerthen Falles von Phlebitis sinuum durae matris ex otitide.

(Arch. für Augen- und Ohrenheilkunde 1874. Bd. III. Abtheil. 2.)

Der Fall kam an einem 15jähr. Knaben zur Beobachtung. Infolge einer Erkältung entstand eine rechtsseitige acute Mittelohrentzündung, welche am Abend des nächstfolgenden Tages schon Complicationserscheinungen von Seiten des Sinus transversus darbot (?); letztere verschwanden nach 4—5 Tagen nach Blutegeln und Cataplasmen. Neue Erkältung und infolge dessen 24 Stunden nachher recidivirende Entzündung der Hirnsinus. 5 Tage lang sehr bedrohliche, cerebrale und stürmische Allgemeinerscheinungen (Fieber mit Schüttelfrösten, Uebelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Somnolenz, Delirien, allgemeine, aber vorzugsweise rechts prävalirende Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen an Kopf, Hals, oberen und unteren Extremitäten). Rasche Verbreitung der Sinusentzündung von dem rechten Querblutleiter auf die übrigen Blutleiter der harten Hirnhaut, deren progressive Invasion W. von Tag zu Tag verfolgen konnte. Vom Sinus transversus dext. ging der phlebitische Process nach unten auf die Vena jugularis int. (enorme schmerzhafte Anschwellung der entsprechenden Halsseite, starke Erweiterung der vena jugularis ext., klonische und tonische Krämpfe der Mm. sterno-cleido-mastoidei und cucullaris); dann Phlebitis des sinus longitud. sup. (heftiges Nasenbluten, epileptiforme Convulsionen), endlich Phlebitis des sinus transv. sinist. und vena jugul. int. sinist. und zuletzt Entzündung des Sinus cavern. dext., fortgeleitet von der Phlebitis facial. per venam ophthalmic. sup. Reiz- und Lähmungserscheinungen von Seiten des n. abducens, des ersten Quintusastes und des n. oculomotorius, Stauungserscheinungen am Auge mit verminderter Sehkraft. Unter Behandlung mit Calomel, Kampher, Chinin, Eis etc. nach 14 Tagen vollständige, dauernde Heilung. Tillmanns (Leipzig).

Andrews. Tumor of dentine.

(Chicago soc. of phys. and surgeons. — Med. examiner 1875. p. 71.)

A. demonstrirte einen aus Zahnbein bestehenden Tumor, der sich an Stelle des einen Weisheitszahnes einer 18jähr. Dame entwickelt hatte; er war $1^1/_4$" lang, $^1/_2$" breit, und nur in mehreren Sitzungen entfernt worden. **Ranke** (Halle).

Mocquot. Luxation sous-claviculaire; reduction spontanée.

(Le progrès médical 1874. No. 48.)

Seit 2 Jahren linksseitige habituelle Luxation bei einem 54jähr. Handwerker. Mehrmals Spontanreposition. — Die in der Ueberschrift genannte Luxation trat Abends nach einer heftigen Bewegung ein. In der Nacht starke Schmerzen. Am andern Morgen fand M. den Schulterkopf unmittelbar unter der Mitte der Clavicula, die innere Seite derselben $7^1/_2$ Cm. von der Spitze des Acromion entfernt. M. konnte weder durch »le procédé de douceur«, noch durch »le pr. du talon«, noch durch »le pr. de la bande en caoutchouc« die Reposition machen (Narkose?). In der darauf folgenden Nacht schläft Pat. ruhig ein und findet am andern Morgen beim Erwachen seinen Humeruskopf reponirt. — M.'s Erklärungsversuch ist nicht erwähnenswerth. **Petersen** (Kiel).

Bryant. Diagnosis of tumours of the breast.

(Med. tim. and gaz. 1875. Febr. 27. p. 222.)

B.'s klinischer Vortrag geht von 2 falsch diagnosticirten Fällen aus: 1) Einfache Cyste, von Mammagewebe verdeckt, bei einer älteren Frau; als Carcinom diagnosticirt, mit amputatio mammae behandelt; 2) Ein am Sternalrande der Brust einer 33jähr. Frau gelegener Knoten ohne nachweisbaren Zusammenhang mit der Drüse; die Incision auf das vermeintliche Adenom ergab einen Krebs, der sofort die amputatio mammae nöthig machte.

Die Besprechung der Differentialdiagnose zwischen Krebs, Adenom und Cysten enthält nur Bekanntes. Seine Beobachtung der häufig früheren Carcinomentwicklung bei ledigen Frauen führt B. auf die bei diesen Personen früher eintretende Involution zurück. **Ranke** (Halle).

Erichsen. Cystic mamma. (Univ. Col. Hospit.)

(Med. tim. and gaz. 1875. March 6. p. 252.)

Ein Tumor der rechten Brust einer 48jähr. Frau seit 6 Monaten entstanden, ohne Drüsenschwellungen etc. wird als vermeintliches Carcinom mittelst amputatio mammae entfernt, und erweist sich als aus einer grösseren und mehreren kleineren Cysten zusammengesetzt ohne papilläre Wucherungen der Wandungen. Histologische Untersuchung fehlt. **Ranke** (Halle).

Hutchinson. Cases of fracture of the spine. (London Hospital.)

(Med. tim. and gaz. 1875. Febr. 27. p. 226.)

1) Ein 50jähr. Mann war von einem herabfallenden Gegenstande getroffen; sofort fast totale Lähmung der Unterextremitäten. In beiden Ulnarisgebieten Sensibilität theilweise verloren; von der Brust an abwärts ist die Sensibilität gleichmässig vermindert. Tod am 18. Tage. Der 7. Halswirbel ist $^1/_4$" weit vorwärts gerutscht, der unterste Theil seines Körpers abgequetscht. Der Stelle entsprechend kleine Blutergüsse in's Mark.

2) Eine 33jähr. Frau wird nach einem Fall zunächst bewusstlos. Motilität verloren bis aufwärts zu den von Cervicalnerven versorgten Muskeln und dem biceps brachii. Sensibilität von Brust abwärts und im Ulnarisgebiete erloschen. Haut der paralyt. Theile heiss und roth; Temperatur bietet nichts Auffallendes. 60 Stunden nach dem Unfall Tod.

Verletzung zwischen 5. und 6. Halswirbel; die proc. articular. sind abgebrochen, die Bänder und Wirbelkörper nicht verletzt. Im Inneren des Markes ein $1^1/_2$" langes Extravasat. **Ranke** (Halle).

H. Dauscher. Hühnereigrosser Blasenstein. Blasenschnitt. Heilung.

(Wiener med. Presse 1875. No. 7.)

Der 40jähr. Pat. war durch sein durch 10 Jahre bestehendes Blasenleiden äusserst herabgekommen. Zuletzt hatte er continuirliches Fieber, intensiven, eitrigen Blasenkatarrh. Eine bestehende Strictur und der üble Blasenzustand liessen die Lithotripsie (die Untersuchung hatte einen weichen, grossen Stein festgestellt) nicht angezeigt erscheinen. Seitensteinschnitt. Nach Eröffnung der Blase suchte D. vergeblich nach einem Stein in derselben; er war im Grunde der Blase krampfhaft in einem Divertikel festgehalten. Mit vieler Mühe endlich gefasst, liess er sich nicht extrahiren, was erst gelang, nachdem er mit der Zange in mehrere Stücke zerdrückt war.

Die folgende Wundheilung complicirte sich durch Diphtheritis der Wunde und Blase und einen metastat. Abscess an der Wade. Injectionen von Zinklösung in die Blase und das Radeiner Mineralwasser (viel kohlensaures Lithion) besserten den üblen Blasenzustand bald. Heilung. **Fr. Steiner** (Wien).

A. di Bernardo. Le chloral contre l'ulcère du col utérin.

(Gaz. hebdom. 1874. No. 47.)

Eine 29jähr., sonst gesunde, etwas anämische Frau hatte vor 2 Jahren abortirt, woher ein heftiger Uterinalkatarrh datirte. Bei der Vaginaluntersuchung fand B. eine ausgedehnte Ulceration um den Muttermund herum. Jodtinctur, Perchlor. ferri, Arg. nitr. in Substanz, selbst concentrirte Schwefelsäure dagegen angewandt, blieben gleich erfolglos. B. versuchte nun das Chloral in einer Lösung von 2 grm. Chloral auf 25 grm. destill. Wasser. Nach 5—6 Bepinselungen mit dieser Lösung war das Geschwür — im Ganzen in 14 Tagen — völlig geheilt. Gleich aufmunternd war der Erfolg in einem 2. Falle von Ulc. colli uteri. Um die Heilung ganz zu sichern, empfiehlt B., noch einige Tage über die Zeit hinaus, wenn das Geschwür schon geheilt ist, die betreffende Stelle zu bepinseln.

Wie wirkt hier das Chloralhydrat? B. meint, es wirke als local umstimmendes Mittel; die andere Hypothese, wonach sich das Chloralhydrat unter Einwirkung des alkal. Vaginalschleimes in Ameisensäure und Chloroform umwandle, verwirft er. **Fr. Steiner** (Wien).

W. Krongold (Krakau). Eine Haarnadel in der Harnröhre eines $14^1/_2$ jährigen Mädchens.

(Wiener med. Presse 1875. No. 6.)

Das Mädchen klagte seit 3 Tagen über stechende Schmerzen in der Schamspalte Harnverhaltung, hohes Fieber; endlich Schüttelfröste, trockene Zunge, Schmerz in der Nierengegend.

Die vordere Vaginalwand war sackförmig vorgebuchtet, Harnröhrenmündung stark geschwellt; knapp an deren Mündung ein harter Körper fühlbar, der mit der Kornzange herausgezogen sich als $6^1/_2$ Cm. lange, 1 Mm. dicke Haarnadel präsentirte. Baldige Heilung. **Fr. Steiner** (Wien).

Briggs. Hernia of the whole bowel.

(Med. examin. Chicago 1875. p. 62.)

Der Fall betrifft das im 7. Schwangerschaftsmonat geborene Kind einer kräftigen, 21jähr. Farmertochter, welches 30 Stunden gelebt hatte. Section 30 h. p. m. Der Bruch war vom Nabel $^1/_4$ Zoll entfernt, zwei Fäuste gross, nur an seinem Stiel $^1/_2$ Zoll weit mit Peritoneum ausgekleidet, und enthielt den Darmtractus vom Duodenum bis zum Colon incl.; es wird für ihn eine Entstehung durch Ruptur der Bauchdecken in Anspruch genommen. **Ranke** (Halle).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 17. **Sonnabend, den 24. April.** **1875.**

Untersuchungen über den Hyalinknorpel.

Von

Dr. Alfred Genzmer,

Assistenzarzt a. d. chirurg. Klinik zu Halle a/S.

Durch eine im Centralblatt für medicinische Wissenschaften 1875, No. 16 von v. Ewetzky veröffentlichte vorläufige Mittheilung über »Entzündungsversuche am Knorpel« bin ich veranlasst, die Resultate von Untersuchungen, die ich über den Hyalinknorpel in normalem und gereiztem Zustande angestellt habe, schon jetzt an dieser Stelle kurz zu veröffentlichen; eine ausführlichere Mittheilung darüber beabsichtige ich demnächst folgen zu lassen.

Untersuchungsobject waren die Rippenknorpel von Kaninchen und der Knorpelüberzug des Schenkelkopfes vom Kaninchen und Frosch. Als Färbemittel benutzte ich Goldchlorid, Höllenstein, Hämatoxilin

und Picrocarmin und arbeitete mit einem Schröder'schen Instrument (800fache Vergrösserung, Immersion).

1. Histologie des Hyalinknorpels.

In rein knorpeligen Theilen, die von Verkalkung und Verknöcherung ganz frei sind, stellen sich die Zellenleiber als rundliche, äusserst fein granulirte Massen dar, welche die Knorpelhöhlen vollständig ausfüllen. Ein schmaler Saum zeigt sich frei von Körnelung (Neumann's pericelluläre Schicht), die man wohl am besten mit Klebs*) als homogene Randschicht bezeichnet.

Peripher liegt der grosse kugelförmige, grobgranulirte Kern mit nicht immer deutlichem eigenthümlichem Kernkörperchen.

Anders ist das Aussehen des Zellkörpers innerhalb oder auch in der Nähe der Verknöcherungszone: er wird hier im Ganzen blasser, enthält häufiger Vacuolen und zeichnet sich durch 2 Lagen ziemlich gleich grosser, stark lichtbrechender Körnchen aus, die in gleichen Abständen von einander liegend, sowohl den Kern, als die innere Kapselwand bekleiden. Eine homogene Randschicht ist infolge dessen nicht mehr nachweisbar. Das Aussehen der Zellen ist ein sehr zierliches; Kern und Protoplasma erscheinen mit feinen, regelmässigen, hellen Zacken besetzt. Bei ungenauer Einstellung entstehen Bilder, die mit den von Heitzmann in seinen »Studien am Knochen und Knorpel« (Med. Jahrbücher 1872, Hft. 4, Tafel XI, No. 15) angestellten eine gewisse Aehnlichkeit haben. Man sieht dann Zerstreuungskreise der dunklen Körner, welche die Contouren der Zelle zu überragen scheinen; die hellen Zwischenräume können dann wohl als helle Ausläufer der Zellen imponiren, wie sie Heitzmann als Anfänge seines netzförmigen Canalsystems im Hyalinknorpel beschreibt. Stellt man den Fokus auf die Oberfläche der Zellen ein, so sieht man die Schicht der Körner dunkel in hellem Grund; es müssten helle Felder in einem dunklen Netzwerk entstehen, wenn die Heitzmann'sche Deutung richtig wäre.

Der den Zellenkern umgebende Körnchenkranz täuscht feine Ausläufer des Kerns vor, die Heitzmann sich in sein Canalsystem erstrecken lässt.

Auch grosse Vacuolen im Protoplasma, wie sie beim Frosch ungemein häufig sind, können den zwischen ihnen befindlichen Protoplasmabalken das Aussehen von Kernfortsätzen geben; doch ist hier eine Täuschung schon leichter zu vermeiden.

Grössere Fetttropfen, meist leicht gelblich gefärbt, zeigen bei einer gewissen Einstellung die schönsten Doppelcontouren, wie die von Heitzmann in den Zellen tieferer Schichten der Gelenkknorpel gefundenen und als neugebildete rothe Blutkörperchen gedeuteten Gebilde.

Eintrocknen, beginnende cadaveröse Zersetzung und der Zusatz

---

*) Beobachtungen und Versuche über Cretinismus. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmacologie. Bd. II, p. 437.

der meisten Reagentien lässt die Zellkörper innerhalb der Kapseln zu unregelmässigen, körnigen, zackigen und stacheligen Gebilden einschrumpfen. Es entstehen dann Hohlräume zwischen Kapsel und Zellkörper, die man als helle Ringe wahrnimmt; in diesen Ringen glaubte Colomiatti (Hyalinknorpel und Netzfaserknorpel, Referat in Schmidt's Jahrbüchern, Bd. 163) die Erklärung für Neumann's pericelluläre Schicht gefunden zu haben.

Die Knorpelkapseln sind nicht überall deutlich darzustellen. Sehr schön sieht man sie meist im Rippenknorpel des Kaninchens in der Nähe der Verkalkungszonen, an Präparaten, die mit Hämatoxilin gefärbt sind. Sie begrenzen die Knorpelhöhlen nach innen scharf und glatt, gehen aber in die Zwischensubstanz meist diffus über; es spricht dieser Umstand gegen die Annahme ihrer Entstehung aus einer modificirten Randschicht des Zellkörpers. —

In der hyalinen Zwischensubstanz konnte ich, abgesehen von ineinandergefügten Kapselsystemen, durch keine der von mir angewandten Tinctionsmethoden irgend welche Structur erkenntlich machen. Von dem Heitzmann'schen Canalsystem fand ich nie eine Andeutung, wohl aber wie Colomiatti (l. c.), von dessen Arbeit ich erst nach Abschluss meiner Untersuchungen Kenntniss genommen habe, und Brückner (Eiterbildung im hyalinen Knorpel, Inaug.-Dissert. Dorpat 1873) bei Behandlung mit Arg. nitr. körnige Niederschläge auf der Oberfläche der Schnitte; aber auch hier sah ich nie eine deutlich netzförmige Anordnung.

2. Hyalinknorpel im gereizten Zustand.

Beobachtungsobject waren Rippenknorpel von Kaninchen, die ich theils mit glühenden Nadeln anbohrte, theils im Bereiche einfacher Bohrlöcher mit einer concentrirten (dickflüssigen) Lösung von Chlorzink ätzte; die Lösung wurde mittelst einer fein ausgezogenen Glaskanüle als kleiner Tropfen applicirt.

In keinem Falle fand ich innerhalb der ersten 8 Tage in der Umgebung des Substanzverlustes in den Knorpelzellen andere Metamorphosen, als regressive. Die Kerne waren undeutlich und unregelmässig geformt, die Zellkörper meist krümelig zerfallen und geschrumpft, theilweise mit zahlreichen Fetttröpfchen versehen; vielfach waren sie in den Schnitten aus den Knorpelhöhlen, die mir vergrössert schienen, herausgefallen.

Die Zwischensubstanz zeigte eine vermehrte Imbilitionsfähigkeit für Farbstoffe; auf Schnitten, die ich mit Carmin färbte, zeigten sich immer ziemlich breite rothe Höfe um den Defect, während die Zwischensubstanz im Uebrigen ungefärbt blieb. Nach 14 Tagen fand ich das Protoplasma der umliegenden Zellen äusserst blass, die Kerne undeutlich, nie eine Spur von Proliferation; dabei waren die Zellen durch eine Zunahme der Zwischensubstanz weiter aus einander gerückt, als im normalen Zustand. Die hauptsächligste Veränderung zeigte sich in der Zwischensubstanz, die vollständig in feinste wellenförmige Fäserchen zerfallen war, wie sie Tillmanns (Beiträge zur

Histologie der Gelenke, Arch. f. mikroskop. Anatomie 1874, Bd. 10, ref. im Centralbl. f. Chir. 1874, p. 469) nach Behandlung des normalen Hyalinknorpels mit Kali hypermang. oder 10% Kochsalzlösung fand. Die Fasern gingen ohne scharfe Grenzen in die hyaline Substanz über, und flottirten in dem Defect. Im Verlauf von zufällig entstandenen Rissen, die vom Defect in's Gewebe verliefen, zeigte sich stets die gleiche Faserung. Aelteren Angaben entgegen fand ich nie Verkalkungen. Ich kann somit die Angabe v. Ewetzky's, dass die Knorpelzellen auf Reize, die in anderen Geweben »Entzündung« bewirken, nur durch regressive Metamorphosen, nie durch Proliferationsvorgänge oder gar Bildung von Eiterkörperchen reagiren (Brückner l. c.), durchaus bestätigen.

3. **Regeneration von Defecten im Hyalinknorpel.**

Die Defecte im Hyalinknorpel waren nach 14 Tagen theilweise durch ein Gewebe ersetzt, das von den Weichtheilen continuirlich ausgehend aus grossen Spindelzellen mit schönen runden Kernen bestand, durch wenig äusserst zartes Zwischengewebe von einander getrennt. Die Spindelzellen hatten sich theilweise zwischen die Fibrillen der zerfaserten hyalinen Zwischensubstanz geschoben, und lagen an einzelnen Stellen zwischen den blassen abgestorbenen Knorpelzellen, von diesen durchaus verschieden. — Herrn Prof. Steudener, der mich bei meinen Untersuchungen gütigst unterstützte, sage ich hiermit meinen verbindlichsten Dank. —

Th. v. Ewetzky. Entzündungsversuche am Knorpel.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1875. No. 16.)

Applicirt man auf den Scleralknorpel des Frosches einen Reiz, so sieht man zuerst im Bereich desselben eine »atrophische« Zone auftreten, in der die Knorpelzellen zu Grunde gehen. In den an diese Zone stossenden Zellen beobachtet man eine Vacuolenbildung, durch welche der Zellenleib ganz zersprengt werden kann. Diese Vacuolenzone macht dann später der oft erst spät auftretenden Proliferationszone Platz. Hier sieht man die Knorpelzellen in lebhafter Wucherung begriffen und zuweilen finden sich unter ihnen junge Zellen, welche den weissen Blutkörperchen sehr ähnlich sind, doch keine Erscheinungen der Contractilität zeigen. Die Knorpelzellen wachsen in die atrophische Zone und verkleinern diese; andererseits wuchert auch das Perichondrium und hilft den durch Abstossung des Aetzbezirks entstandenen Defect ausfüllen, worauf sich das perichondrale Gewebe in Knorpel umwandelt.

Zuerst also Degeneration der Zellen und dann sehr spät auftretend eine Vermehrung derselben, welche Verf. mehr als »einen regenerativen Vorgang« auffasst, bei welchem zu keiner Zeit eine Umwandlung der Knorpelzellen in Eiterkörperchen sich constatiren lässt.

A. Bidder (Mannheim).

Ch. Rouget. Migrations et métamorphoses des globules blancs.

(Brown-Séquard's Arch. de physiolog. 1874. p. 821—48.)

R. hat bereits vor einigen Jahren bei den Amphibienlarven nachgewiesen, dass die weissen Blutzellen, nachdem sie durch Diapedesis die Gefässe verlassen haben, sich zu schwarzen Pigmentzellen umbilden, von denen ein Theil sich an der Gefässwand dauernd festsetzt und die Bildungszellen der Adventitia abgiebt, während der andere Theil in die Lymphräume übertritt. Die nun an Hyla viridis, Rana, Pelobates u. A. fortgesetzten Untersuchungen ergaben im Wesentlichen Folgendes: Wenn die Blutkörperchen durch Diapedese die Gefässwand durchsetzen, so wird die Rolle der rothen Blutkörperchen eine rein passive; der intravasculäre Druck treibt sie durch das Zellenprotoplasma der Gefässwand wie durch einen Filter hindurch, dabei erleiden sie zugleich Form- und Gestaltsveränderungen. Der eigenen Beweglichkeit baar und unfähig in einem anderen Medium als dem Blutplasma ihre physiologische Integrität zu bewahren, gehen sie einer baldigen Veränderung und Auflösung entgegen. Die weissen Blutzellen dagegen, mit amöboider Bewegung begabt, vollführen ihre Wanderung durch die interstitiellen Geweberäume, wie andere bewegliche Organismen und fixiren sich erst in den letzten Phasen ihrer Entwicklung. Bei Amphibienlarven finden sich nun unter ganz normalen Verhältnissen isolirte weisse Blutzellen der Gefässwand adhärirend, sie durchsetzend, oder an die Gefässoberfläche festgeheftet. Unter der Einwirkung von solchen Aether- oder Curaredosen, die nur das Thier unbeweglich machen, erfolgt dann Diapedese der weissen Blutzellen in vielen Gefässen. Ebenso constatirt man in der Nähe von Entzündungsheerden eine reichliche Diapedese weisser Blutzellen, die wie Cylinder die Gefässwand umgeben, und ferner rings um die Schnittöffnung der kleinen Venen und Arterien, welche dem Orte der Verletzung am nächsten liegen und sich in paralytischem Zustande befinden. Aus alledem geht hervor, dass die Rolle der weissen Blutzellen eine active ist; wenn sie die Gefässwand durchsetzen, so geschieht dies vermöge ihrer Bewegungsfähigkeit, die ihnen auch erlaubt, sich von dem Gefässe, aus dem sie ausgewandert sind, zu entfernen. Kommen die weissen Blutzellen mit rothen zusammen, die vor mehreren Tagen extravasirt sind und nun schon regressive Veränderungen einzugehen beginnen, so hüllen sie die rothen Blutkörperchen oder die Blutgerinnsel mit ihren beweglichen Fortsätzen ein, befördern sie in ihren Zellenleib und infiltriren sich mit den Pigmentresten. Zu gleicher Zeit nehmen ihre Dimensionen zu, sie verwandeln sich in Pigmentzellen, die, ebenfalls noch mit amöboider Bewegung begabt, verschiedene Schicksale erfahren. Die einen gerathen in die Lymphräume und werden von diesen dem Blute zugeführt; ihr Endschicksal ist noch nicht genügend bekannt. Andere fixiren sich an der Gefässwand (auch an Nerven), ramificiren sich und werden

schliesslich zu Adventitia-Zellen. Wieder andere, ebenfalls verästelte Pigmentzellen bilden die schwarzen und gelben Pigmentlagen an der Hautoberfläche, einzelne dringen schliesslich bis unter die Epidermis und werden hier zu subepidermoidalen, sternförmigen Pigmentzellen.

Unter dem Einfluss formativer Reizung z. B. infolge traumatischer Einwirkung häufen sich die »rothe Blutkörperchen fressenden« weissen Blutzellen, welche in Pigmentzellen sich umgewandelt haben, im Bereiche der Narben an; es entstehen hierbei Gebilde, deren Zusammensetzung und Entwicklungsmodus mit denen der Granulationen, Fungositäten und der narbigen Vegetationen bei den höheren Säugethieren sehr grosse Analogieen darbieten.

J. Munk (Strassburg i/E.).

A. Aeby. Ueber die verschiedene Widerstandsfähigkeit der Knochen im todten und lebenden Zustande.

(Reichert u. du Bois' Archiv 1874. p. 510—13.)

Die verschiedene Härte und Widerstandsfähigkeit der Knochen bei den verschiedenen Temperaturen ist bisher aus physikalischen Verhältnissen allein abzuleiten versucht worden. Dem gegenüber weist A. nach, dass die ganze Erscheinung vielmehr durch das quantitativ abgeänderte Verhältniss von chemisch gebundenem zu freiem Wasser bedingt ist.

Knorpel und der aus ihm dargestellte Leim sind im Stande, grössere Mengen Wasser chemisch zu binden. Im lufttrockenen Zustande stellen sie bei einem Durchschnittsgehalt von 17% Wasser eine spröde, harte Masse dar, die bei erhöhter Temperatur unter Wasserabgabe erweicht. Wird im Luftbade getrockneter Knorpel mit Wasser befeuchtet, so tritt starke Erwärmung ein, wahrscheinlich durch eine chemische Bindung von Wasser bedingt, welches die Rolle von Krystallwasser spielt. Fein gepulverter, frischer, compacter Rinderknochen bei einem Mittelgehalt von 24% organischer Substanz und 9,5% Wasser erwärmt sich ebenfalls beim Befeuchten mit Wasser merklich; der Luft bei mittlerer Temperatur ausgesetzt, verliert er nicht nur kein Wasser, sondern nimmt sogar bedeutende Mengen desselben auf, während der menschliche Knochen bei einem mittleren Gehalt von 28% organischer Substanz und 12% Wasser sich nahezu indifferent verhält. Bei der Abkühlung des menschlichen Knochens von ca. 40° C. auf die gewöhnliche Lufttemperatur wird das in der organischen Knochengrundlage vorhandene freie Wasser chemisch gebunden; damit soll zugleich eine Modification der Widerstandsfähigkeit bei niederer Temperatur gegenüber der höheren gegeben sein.

J. Munk (Strassburg i/E.).

Ollier. Pansements à la ouate et occlusion inamovible.

(Comptes rendus T. 80. (1875) p. 154—59.)

Den von A. Guérin warm empfohlenen Watteverband hat O. in den letzten 4 Jahren im Hospital Hôtel-Dieu zu Lyon mit dem besten

Erfolge angewandt. Und doch wies die mikroskopische Untersuchung des Wundeiters unter dem Watteverband stets reichliche Vibrionen und andere niedere Organismen nach, selbst auf Wunden, welche ein vortreffliches Aussehen hatten. Derselbe Wundeiter, Hunden in's Zellgewebe injicirt, erzeugte brandige Phlegmonen, häufig mit tödtlichem Ausgange. Es ist das ein deutlicher Beweis, wie tolerant, so zu sagen, die Wundflächen selbst für diesen sonst so infectiösen Eiter sind. Deshalb ist auch nach O. das häufige Verbinden der Wunden und das häufige Abspülen des Wundeiters unnöthig; in der Seltenheit des Wechselns des Verbandes liegt daher, wie dies auch die von der Pariser Academie gewählte Commission hervorhebt, mit der Hauptvorzug des Watteverbandes. Wurde der Verband zum Zwecke der antiseptischen Wundreinigung entfernt, so beobachtete O. regelmässig eine Erhöhung der Körpertemperatur um 0,2°—0,6° C. und darüber. Es ist dies nicht wenig auffallend, weil man theoretisch das Gegentheil erwarten sollte und zwar deshalb, weil die Wundreinigung eine sofortige Verringerung der Resorption septischer Stoffe voraussetzt, auf der nach unserer jetzigen Anschauung das Ansteigen der Temperatur beruht. O. sucht den Grund für diese merkwürdige Thatsache darin, dass beim noch so vorsichtigen Entfernen der auf der Wunde festhaftenden Verbandstücke die Granulationen zum Theil zerrissen werden. Umgekehrt folgte auf den Wechsel des Verbandes eine Temperaturherabsetzung, wenn der Verband schon lange gelegen und rings um die Wunde sich reichlich Eiter angehäuft hatte. Entfernt man hier den Eiter, so dass die Resorption desselben von der oft excoriirten Wundumgebung sistirt ist, so fällt die Temperatur. Man lässt daher am besten den Watteverband so lange liegen, als der Pat. keine Beschwerden empfindet und sich keine erhebliche Temperatursteigerung zeigt. Ausserordentlich selten entwickelt sich unter dem Watteverbande Wunderysipelas. Zu einer Zeit, wo 22 Fälle auf der Abtheilung unter Anwendung der sonst üblichen Verbände von Erysipel befallen wurden, zeigte unter dem Watteverbande nur ein einziger diese Complication. Das Gleiche gilt für die Entwicklung der Nosocomialgangrän; während eine grosse Anzahl der anders verbundenen Wunden brandig wurde, blieben die mit Watte verbundenen davon verschont. Diese Complication entwickelte sich erst, wenn zum Zwecke der Verbanderneuerung die Wunde freigelegt wurde. Nur sehr selten entstanden Pyämien, die dann einige Eigenthümlichkeiten darboten; einmal fehlten hier die Schüttelfröste, oder waren wenigstens von geringerer Intensität und seltener, als dies sonst der Fall ist. Auch machte dann die Pyämie nur langsame Fortschritte, so dass sie mehr einer langwierigen Septikämie glich; es hatte die purulente Infection gewissermassen einen chronischen Charakter angenommen; es gelang auch hier und da die Pat. nach Evacuirung aus den inficirten Räumen zu retten. Eine rationelle Vervollständigung erhält der Watteverband durch eine gründliche Desinfection der Wundfläche vor seiner Anlegung, am besten mit einer verdünnten Carbollösung

oder durch die sofortige Application einer mit Carbolöl getränkten Watteschicht auf die frische Wunde.

Ein fernerer Vortheil des Watteverbandes liegt darin, dass man, um auch eine vollständige Immobilisation zu erzielen, ihn noch am besten mit einem Wasserglasverbande umgiebt, welcher eventuell durch eingelegte Schienen fester und haltbarer gemacht und wenn nöthig auch mit einem Fenster versehen werden kann. Der auf solche Weise vereinigten Occlusion und Immobilisation vindicirt O. die guten Erfolge der Wundheilung, die er in den letzten Jahren gewonnen hat.

J. Munk (Strassburg i/E.).

Marc Sée. Pansement à l'alcool. — Appareil à irrigation continue d'alcool.

(Revue de Thérapeuth. méd.-chirurg. 1875. No. 2.)

Bei eiternden Wunden, insbesondere auch complicirten Fracturen, wendet S. nach dem Vorgange anderer Franzosen den Alkohol in einer Concentration von 30°, oft noch schwächer, an. Die Wunde zeigt unter dieser Behandlung ein frisches, gesundes Aussehen, wenn auch wenig üppige Granulationen, und gutartige Eiterung. Prima intentio wird durch den Weingeist nicht gerade begünstigt, die Vernarbung einer granulirenden Fläche aber geradezu aufgehalten.

Zur beständigen Alkoholberieselung der Wunden mit verschiedenen Concentrationen hat S. schon vor 7 Jahren einen besonderen Apparat angegeben.

Arn. Hiller (Berlin).

---

v. Nussbaum. Lister's grosse Erfindung.

(Aerztl. Intelligenzblatt 1875. No. 5.)

In einem klinischen Vortrage schildert N. die Lister'sche Methode der Wundbehandlung und rühmt die guten Erfolge, welche dieselbe seit ihrer Einführung in die Münchener chirurgische Klinik, namentlich als Schutz gegen das Auftreten von Pyämie und Hospitalbrand aufzuweisen hat. Während daselbst in den letzten 3 Jahren in zunehmender Häufigkeit 20, 50 und 80 Procent aller Verwundeten und Operirten vom Hospitalbrand befallen wurden, findet sich zur Zeit kein einziger Fall von Hospitalbrand und Pyämie auf der Abtheilung. Auf Grund dieser Thatsache widerlegt N. auch den Vorwurf der grösseren Kostspieligkeit des Verfahrens, da durch die Fernhaltung der Wundkrankheiten die Heilungsdauer bedeutend abgekürzt werde.

P. Bruns (Tübingen).

S. J. Kostareff. Ueber verschiedene Wundverbände.

(Verhandlungen der chirurgischen Gesellschaft zu Moskau 1875. 1. Thl. p. 1.)

Bei Besprechung der verschiedenen Wundbehandlungen kommt K. zu folgenden Schlüssen: 1) bei dem jetzigen Zustande der Wissen-

schaft können auf Grund theoretischer, experimentell pathologischer und klinischer Untersuchungen nur 2 Methoden der Wundbehandlung für vollkommen rationell erklärt werden: die Behandlungsmethode ohne Verband, inclusive derjenigen unter einem Schorf, und die Lister'sche Verbandmethode; 2) aus sanitären und ökonomischen Rücksichten muss in Krankenhäusern als Regel die offene Wundbehandlung eingeführt werden; 3) der Lister'sche Verband muss nur in folgenden Fällen angewandt werden: bei Wunden, welche in tiefe, normale und pathologische Höhlen dringen, in einigen Fällen complicirter Fracturen, wo hinzugetretene Complicationen auf Anwesenheit eines entzündlichen Irritamentes deuten, zuletzt in maniakalischen Zuständen, wo der Kranke muthwillig die Wunde reizt. 4) Die Ursache der Ungesundheit unserer Hospitäler liegt weniger in ihrer sanitären Vernachlässigung, als in ungenügenden Kenntnissen von Seiten des Personals über das Wesen der Hospitalinfection. Jedes Hospital kann bei rationeller Behandlung und systematischer Aufsicht in sanitärer Hinsicht verhältnissmässig gut gestellt werden, ohne Anwendung radicaler Mittel. 5) Die Wundbehandlung von Guérin bildet einen unnützen Ballast in der Chirurgie und ist in Krankenhäusern durchaus nicht zu empfehlen. 6) Unsere Statistiken über Wundbehandlung und Wundverbände können gegenwärtig gar keinen besonderen Werth beanspruchen, da in den meisten Fällen jede Methode in der Behandlung fehlt. **W. Grube** (Charkow).

(Wir bedauern, dass obigen apodictischen Behauptungen des Verf.'s nur Abstractionen, keine Erfahrungen zu Grunde zu liegen scheinen. Die Red.)

M. Wojlanski. Considérations sur l'étiologie, le traitement et la prophylaxie de l'érysipèle.

(Thèse, Paris. 1874.)

P. Grivet. Étude clinique de l'influence salutaire de l'érysipèle sur le lupus.

(Thèse, Paris. 1874.)

W. theilt die in ätiologischer Beziehung interessante Beobachtung mit von der örtlichen und zeitlichen Coincidenz einer Erysipelasepidemie mit Puerperalfieber. Während auf Depaul's Klinik zu Paris im Novbr. 1873 nach kurzer Unterbrechung Puerperalfieber von Neuem heftig endemisch auftrat, wurden gleichzeitig auf Broca's chirurgischen Sälen sowohl frisch Operirte als auch anderweitig Kranke mit ganz unbedeutenden Continuitätstrennungen in auffallender Weise von Erysipelas befallen. Ohne auf die näheren äusseren Ursachen dieser Erscheinung (Localität, Communication) einzugehen, wird daraus auf eine innere Verwandtschaft der beiderseitigen Contagien geschlossen, welche in der, zuerst von Piorry ausgesprochenen, jetzt von der Mehrzahl der Autoren getheilten Ansicht vom septischen Ursprunge des Erysipels ihre Erklärung finde. Fälle von gleichzeitigem Auftre-

ten beider Affectionen sind nach W. auch schon anderweitig beobachtet, und namentlich Moreau, Trousseau u. A. haben auf die Häufigkeit des Erysipels Neugeborener während einer Puerperalfieberepidemie aufmerksam gemacht. — Erwähnenswerth ist aus der citatenreichen Schrift sonst noch, dass Jobert de Lamballe auch die Existenz eines Erysipelas der Schleimhäute, besonders der Mucosa intestinalis und bronchialis, ohne gleichzeitige Hautaffection annimmt, und Gubler dieselbe mit einer Reihe von Beobachtungen und Sectionsergebnissen belegt hat (Gaz. médic. 1856, p. 358).

G. bestätigt von Neuem die schon seit Hoffmann (1675) und P. Franck (1792) bekannte Erfahrung, dass die Rose auf den Verlauf chronischer Hautkrankheiten, besonders des Lupus, einen günstigen Einfluss ausübe. In 8 ausführlich mitgetheilten Fällen, von denen 3 von ihm selbst beobachtet sind, wurde mehr oder weniger entwickelter Lupus durch ein intercurrentes, übrigens in allen Fällen gutartig verlaufendes Erysipel zum Theil rapide gebessert, zum Theil vollständig geheilt. Ein gleich salutärer Einfluss der Rose wird von Ricord und Mauriac auch für syphilitische Affectionen behauptet. In therapeutischer Hinsicht bedauert G., dass man es nicht in der Hand habe, Erysipelas beliebig künstlich zu erzeugen (!). Als Surrogat empfehle sich das Quecksilberbijodid (Biett), welches nach den Erfahrungen von Cazenave und Hardy bei Lupus von vorzüglicher Wirkung sei.

Arn. Hiller (Berlin).

H. C. Wood. A contribution to our knowledge of the vasomotor action of ergotin.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 133. p. 518 ff.)

Injection des Mittels in die Vena femoralis bedingte zunächst einen kurzdauernden Abfall des Blutdrucks (in 15 Scdn. um $^1/_4$ unter die Norm), dann eine erhebliche Steigerung desselben. Sehr grosse Dosen drückten die Spannung in den arteriellen Bahnen regelmässig herab.

Nach hoher Rückenmarksdurchschneidung kommt eine Erhöhung des Blutdrucks durch das Mittel nicht mehr zu Stande, während andererseits dieselbe Durchschneidung bei Thieren, welche bereits die volle Dose erhalten haben, noch das bekannte Absinken giebt.

Da der primäre Abfall auch nach Vagus- und Rückenmarksdurchschneidung noch auftritt, scheint das Mittel in der kurzen Zeit, in welcher es noch concentrirt wirkt, allein das Herz zu beeinflussen. Erst später, wenn es sich durch die Blutbahnen vertheilt, folgt die Einwirkung auf die Vasomotoren.

Injectionen direct in die Carotis bewirkten zunächst eine kurze Steigerung, dann Abfall des Blutdrucks, während die ferneren Einspritzungen keine weitere Steigerung im Gefolge hatten. Unentschieden bleibt, wie weit Muskelcontractionen an dieser Erscheinung mitwirken. — Vergl. die Arbeiten von Holmes (Arch. de physiologie

normale et patholog. III, 384), Eberty (Inaug.-Diss. Halle, 1873), Haudelin (Inaug.-Diss. Dorpat, 1871) u. A.

Wilh. Koch (Berlin).

Binz. Chinin bei künstlicher und spontaner Septikämie, sowie im Abdominaltyphus. Unterschied seiner Wirkung bei Fiebernden und Gesunden.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 8.)

Verf. sieht die fieberwidrige Wirkung des Chinin nicht in seinem Einfluss auf nervöse Organe, sondern nur in seinen antizymotischen Eigenschaften begründet. Diese rein chemisch aufzufassenden Effecte sind an Intensität proportional seiner Verdünnung in den Körpersäften. Bei starken Erysipelen empfiehlt B. mehr Alcoholica als Chinin, oder wenigstens Combination beider, bei Typhus grosse Chinindosen, wie bei Septikämie (6—7 grm. täglich). — Bei gesundem Organismus bringen, was höchst interessant, Chinindosen, die bei fieberndem deutlich temperaturerniedrigend wirken, kaum merkliche Wärmeabfälle hervor; jedoch hemmen schon mässige Gaben das Ansteigen der Körperwärme bei Muskelthätigkeit und mindern den Schweiss.

v. Mosengeil (Bonn).

F. Riegel. Ueber die therapeutische Anwendung des Jaborandi.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 6 u. 7.)

Ein Infus auf ca. 4 grm. der zerstossenen Blätter bewirkt 4—5-stündigen Schweiss und Salivation. Der Diaphorese geht keine besondere Hitze des Patienten vorher, bisweilen eine Temperatursteigerung von einigen Zehntelgraden. Als Nebenwirkung treten bisweilen auf: Bronchialsecretion, Singultus, Aufstossen, Erbrechen (vom Verschlucken des reichlich producirten Speichels abhängig), vermehrter Harndrang, leichter Schwindel, Uebelkeit, vorübergehendes Augenflimmern und kurze Sehstörungen. Alle diese letzteren Wirkungen waren geringfügig.

v. Mosengeil (Bonn).

G. Buck. Abscesses originating in the right iliac fossa.

New York, Appleton et Cie. 1874.

B. giebt eine Zusammenstellung von 10 theils bereits veröffentlichten, theils bisher nicht publicirten Fällen von perityphlitischen Abscessen, in denen (nach Willard Parker's Methode) frühzeitige Eröffnung (vom 7.—14. Tage der Krankheit) vorgenommen wurde, bevor Fluctuation zu fühlen war. Eine 3—6 Zoll lange Incision wurde über der Anschwellung gemacht, ein wenig oberhalb und fast parallel mit dem ligam. Poupartii. Nach Trennung der Haut und der darunter liegenden sehnigen und muskulösen Gewebe bis auf

die fascia transversalis wurde eine Explorativnadel oder ein feiner Troikart eingestochen, um den Eiter aufzufinden. Die Punctionsöffnung vergrösserte man nachträglich mit dem Messer. In einem Fall wurde nach Freilegung der Fascie der Eiter aspirirt und erst dann die freie Eröffnung gemacht. In zwei Fällen, wo nach Freilegung der fascia transv. Fluctuation nicht bemerkbar war, liess man die Wunde offen und wartete die am 2. und 3. Tage erfolgende spontane Abscesseröffnung ab. B. änderte in einem von ihm operirten Fall das Verfahren, indem er ohne vorangehende Incision direct die Bauchwandungen mit einer Explorativnadel durchstach und dann den Punctionscanal vergrösserte. Er erklärt die etwaige Perforation eines Darmes mit einer solchen Nadel für gefahrlos, glaubt die grössere Verletzung der Bauchwandungen durch seine Methode zu vermeiden und so die spätere Bildung einer Hernie zu verhindern. In den 10 mitgetheilten Fällen trat Heilung ein. Eine ausführliche Besprechung der Geschichte der Operation und die Mittheilung eines Falles von Abgang dreier Ascariden aus einem perityphlitischen Abscess schliesst die Arbeit.

Madelung (Bonn).

O. C. Powell. Essai sur le pseudo-rheumatisme articulaire dans le cours de la diathèse tuberculeuse.

(Thèse, Paris. 1874.)

P. unterscheidet (nach Prof. Gubler) 2 Formen phthisischer Gelenkaffectionen, die Arthritis tuberculosa und den sog. Pseudorheumatismus artic. der Phthisiker. Erstere ist durch Tuberkeleruption auf der Synovialmembran bedingt und entspricht den tuberkulösen Entzündungen anderer seröser Häute; letzterer entsteht zwar auch unter dem augenscheinlichen Einflusse der tuberculösen Diathese, bietet jedoch sonst anatomisch und klinisch ganz das Bild des acuten oder chronischen Gelenkrheumatismus dar, ohne jedwede Tuberkelbildung. Der Pseudorheumatismus befällt ebenfalls ein oder mehrere Gelenke, tritt acut oder chronisch auf und ist, wie echter Rheumatismus, gewöhnlich von Herzcomplicationen tuberkulösen oder nicht tuberkulösen Ursprungs begleitet. Am häufigsten wird er im Verlauf phthisischer Lungenerkrankungen beobachtet; tritt er vor dem Ausbruch der Lungensymptome auf, so hat er diagnostische, resp. prognostische Bedeutung. Die Prognose der Krankheit ist natürlich abhängig von derjenigen des Grundleidens, als dessen Theilerscheinung sie aufzufassen ist, und wird durch gleichzeitige Herzaffectionen im entsprechenden Grade ungünstiger. Die Behandlung ist, abgesehen von örtlichen Mitteln, diejenige der Tuberkulose.

Dem Text der fleissigen Arbeit sind Krankengeschichten und Sectionsprotokolle als Belege beigegeben. **Arn. Hiller** (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

Deneffe et van Wetter. De l'anesthésie produite par injection intraveineuse de chloral selon la méthode de M. le prof. Oré.

(Mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique Vol. III. Hft. 1.)

— **Nouveaux cas d'anesthésie par injection intraveineuse de chloral.**

(Bulletin de l'acad. royale de médecine de Belgique 1874. No. 12.)

Die Vff. haben seit ihrer letzten Veröffentlichung 4 neue Fälle von intravenöser Chloralinjection mitzutheilen. Somit haben sie die Zahl von 22 ohne Ausnahme günstig verlaufenen Fällen erreicht. Darunter ist wieder einer, wo sich eine leichte Hämaturie einstellte, ohne jedoch im Geringsten einen Nachtheil nachgelassen zu haben. Diese Complication, welche stets unschuldig blieb, hat sich bis jetzt 3 Mal gezeigt. Thrombose oder Phlebitis sind nie eingetreten.

Die Vff. weisen nun auf die 2 ungünstigen Fälle, welche von Cruveilhier und Tillaux veröffentlicht wurden. Sie zeigen, dass im letzteren die ausserordentlich ungeschickte Ausführung der Operation, die Tillaux selbst zugeben muss, und im ersten die Nichtbeachtung der von Oré gegebenen Vorschriften einzig und allein angeschuldigt werden können. **Girard** (Strassburg i/E.).

Karst, Krasnopolsky, Akinvieff. Drei Fälle von Transfusion, ausgeführt von Russel.

(Sitzungsberichte der Marine-Aerzte in Kronstadt 1874.)

1. Fall. Matrose, 31 Jahre alt, seit lange Rheumatiker, leidet an ausgesprochener Anämie infolge wiederholter Epistaxis. Transfusion von 250 grm. Blut. Unmittelbar nach der Operation — Uebelkeit, Erbrechen, Athemnoth; 2 Tage darauf Phlegmone cubiti et brachii, welche am 5. Tage nach der Operation zum Tode führte. Section: Phlegmone brachii, längs des biceps ichoröse Infiltration, Extravasate. Die Venenwunde mit Eiter überfüllt. Pleuritis adhaesiva, Nephritis parench.

2. Fall. Matrose, 21 Jahre alt, leidet an Scorbut mit starker Anämie, starken Indurationen und scorbutischen Flecken an den unteren Extremitäten. Transfusion von 250 grm. gemischten arteriellen und venösen Blutes (Verletzung der Arterie). Die ersten Tage nach der Operation besserte sich der Zustand des Kranken; dann aber nahmen die Erscheinungen des Scorbuts immer mehr zu und führten am 28. Tage nach der Operation zum Tode. Section: Thrombosis sin. durae matris, Oedema pulm., Nephritis parench., Thrombosis venae basilicae et brachialis ech. (Wahrscheinlich ist dies der von Heyfelder [Zeitschrift f. Chir. IV. 5/6. p. 501] als IX Transfusio curativa mitgetheilte Fall von Heilung.)

3. Fall. Fräulein A. J., 41 Jahre alt, leidet seit Jahren an Neuralgieen infolge von Anaemie; alle angewandten Mittel erwiesen sich fruchtlos. Transfusion von 250 grm. ihrem Bruder entnommenen venösen Blutes. Gleich nach der Transfusion Athemnoth, Hitzegefühl im ganzen Körper. Am Tage nach der Operation starke Cyanose, Athemnoth, kaum fühlbarer Puls; Champagner verbesserte diesen Zustand. Darauf begann eine beständig fortschreitende Besserung in dem Zustande der Kranken; die Neuralgieen schwanden allmälig und das Allgemeinbefinden verbesserte sich, so dass in diesem Falle die Transfusion zweifellosen Nutzen gebracht hat. **W. Grube** (Charkow).

Justi. Operation der Fistel des ductus stenonianus nach Deguide.

(Correspondenzblatt der ärztl. Vereine in Rheinland etc. etc. 1875. Jan. p. 5.)

Die Fistel, 5 Wochen alt, entstanden nach einem Wurf mit einem Bierseidel, lag vor dem masseter, und drang schräg von aussen und vorn nach innen und ca. $1^1/_2$ Cm. ein. Anfrischung der äusseren Wundränder — Durchbohrung der Wange im Boden der Wunde 2 Mal mit dem Troikart von aussen nach dem Munde zu. Einführung eines Bleidrahtes durch die Stichpunkte und Zusammendrehen dessel-

ben in der Mundhöhle. Sutur der äusseren Wunde — Heilung derselben erst nach Aetzung mit Höllenstein am 41. Tage. **Madelung** (Bonn).

J. Dèzes. Ueber fremde Körper in der Orbita.

Inaug.-Diss. Bonn. 1875. 23. Febr.

In einer fleissigen Compilation dessen, was bereits über das betreffende Thema bekannt ist, hat Verf. vielfach illustrirende Casuistik eingewebt, besonders auch von ausländischen Journalen bezogene. Ein von ihm selbst beobachteter Fall ist in extenso mitgetheilt: ein Kind fiel und stiess sich einen gespitzten Griffel durch dass untere Lid in die Orbita; der Griffel brach ab und blieb stecken. Der Bulbus anfangs vorgetrieben und nach oben sehend, trat allmälig zurück und war unversehrt. Nach 5 Jahren bildete sich in der Mitte des unteren Lides eine conische Geschwulst, aus welcher Prof. Sämisch die $3^1/_2$ Cm. lange Griffelspitze extrahirte. Schnelle Heilung folgte und musste noch eine kleine Ectropiumoperation, so wie ein Beweglicher-Machen des Bulbus folgen. **v. Mosengeil** (Bonn).

Voltolini. Eine Nussschale 10 Monate in der Luftröhre; ein neues Speculum für letztere; Operation.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 6.)

Ein Knabe hatte eine Nussschale im Munde gehabt und in die Trachea bekommen. Suffocationsanfälle machten die Tracheotomie nöthig, wobei kein fremder Körper entdeckt werden konnte. Auch bei ferneren Untersuchungen war dies nicht möglich, bis V. einen Apparat construirte, welcher es besser gestattete, als es kleine Kehlkopfspiegel thun, von der Trachealwunde aus direct tracheoskopisch zu untersuchen. Dieser Apparat ist nach dem Princip des Brunton'schen Ohrspiegels gebaut, gestattet einen kleinen Trichter in die Wundöffnung zu führen, welcher von einer seitlich angebrachten Lichtquelle im inneren erleuchtet wird, während ein die Lichtübertragung vermittelnder, schräger Spiegel durchbohrt ist und hinter sich eine Linse trägt, um mit dem Vergrösserungsglas die im Trichter eingestellte Partie zu betrachten. Die Nussschale fand sich unterhalb der Trachealwunde in der Luftröhre durch Spannung festgehalten und wurde entfernt. Es wird dies als der erste (?) Fall geschildert, in dem ein fremder Körper mit Bestimmtheit längere Zeit in der Trachea verweilt hat. **v. Mosengeil** (Bonn).

J. Wood. Harter Brustdrüsenkrebs beim Manne.

(Transact. of the pathol. Soc. of London 1874. p. 35.)

Die Geschwulst, bei einem 60jähr. Manne entfernt, hatte die Eigenthümlichkeit gehabt, dass aus der eingezogenen Brustwarze mehrfach starke Blutungen erfolgt waren. Dem entsprechend fand man auf dem Durchschnitte eine centrale, mit halb flüssigem, halb geronnenem Blute erfüllte Höhle; die ganze Schnittfläche erschien blutreich. Im mikroskopischen Bilde zeigten sich die Alveolen und das Gerüstwerk von verschiedensten Durchmessern, besonders erstere von sehr unregelmässiger Gestalt: die Gefässe reichlich entwickelt. **Pilz** (Stettin).

Hennerici. Ueber eine seltener vorkommende Veranlassung zu innerer Darmincarceration.

(Correspondenzblatt der ärztl. Vereine in Rheinland etc. etc. 1875. Jan. p. 24.)

Bei einem 21jähr. Musketier, der binnen 2 Tagen an Peritonitis gestorben war, fand sich als Todesursache die Abschnürung einer colossalen Darmpartie durch ein am Mesenterium adhärentes Divertikel. Etwa 167 Cm. oberhalb der valvul. Bauhini fand sich am Dünndarm, von der convexen Seite im rechten Winkel ausgehend, ein Divertikel von 8 Cm. Länge und 2 Cm. im Durchmesser. Dasselbe war ebenso wie der ganze Darm durch Gas stark aufgetrieben, Von der Spitze dieses Divertikels führte ein fester Bindegewebsstrang von ca. 3 Cm. Länge und der Dicke eines Rabenfederkiels zum Mesenterium zurück. In den Ring, welcher vom Divertikel, seinem Bindegewebsstrang und dem Mesenterium gebildet wurde, war der

ganze Darmtheil vom Divertikel an bis zur valvula Bauhini durchgetreten. Das Coecum und der untere Theil des Colon ascendens durch den Zug des Darmes stark nach innen gegen die Wirbelsäule hin verzogen. Dicht unterhalb des Divertikels war der Darm fest zugeschnürt und auch nach Lösung der Einschnürung diese Stelle durch die inflammatorische Demarcationslinie noch leicht kenntlich. Es wird vermuthet, dass bei einem Sprung in's Wasser, den der Verstorbene wenige Stunden vor seiner Erkrankung that, der unterhalb des Divertikels gelegene Darmtheil in den Ring trat und demnächst durch die peristaltische Bewegung nach und nach der ganze bewegliche Theil des Ileum bis zum Coecum nachfolgte.

Madelung (Bonn).

Neuffer. Neue Methode zur Unterstützung der Taxis bei eingeklemmten Brüchen.

(Württ. med. Correspondenzblatt 1875. No. 8. p. 57.)

Verf. empfiehlt bei incarcerirten Hernien nach misslungenen Taxisversuchen die Punction des Darmes zur Entleerung der Gase, welche er für das Haupthinderniss der Reposition hält. Als Beleg wird ein Fall mitgetheilt, in dem nach der Punction die vorher erfolglosen Repositionsversuche leicht zum Ziele führten. — (Die »neue Methode« des Verf.'s wird schon Ambr. Paré zugeschrieben, ist seither wiederholt empfohlen und verworfen und neuerdings von Dieulafoy mit seinem Aspirationsverfahren verbunden. Vergl. Dieulafoy, Traité de l'aspiration, Paris 1873, p. 188, woselbst die Geschichte und therapeutische Würdigung der Operation, sowie eine Zusammenstellung von 27 Fällen gegeben ist. Ref.)

P. Bruns (Tübingen).

Heine. Ueber Radicaloperation der Hernien.

(Aerztl. Correspondenzblatt, Organ des Vereins Deutscher Aerzte in Prag 1875. März No. 25.)

An die Demonstration eines Falls von erfolgreich ausgeführter Radicaloperation einer umfänglichen angeborenen Scrotalhernie knüpfte H. eine Besprechung der Geschichte dieser Operation. Der 4jähr. Knabe wurde nach der neuesten Wood'schen Methode operirt, nur dass ausserdem noch zur sichereren Verschliessung des Leistenringes unter die Silberdrahtnaht eine Catgutnaht gelegt wurde, die daselbst einheilte. Verf. hält die Operation für angezeigt, wo bei sonst gesunden Individuen Hernien vorhanden sind, die durch Bruchbänder nicht zurückgehalten werden können. Zum Schluss demonstrirte der Vortragende noch ein Präparat einer nach Gerdy operirten, geheilten Hernie.

Weil (Prag).

Hatry. Complete seitliche Luxation des Vorderarms nach aussen.

(Lyon méd. 1875. p. 13.)

Diese sehr seltene Luxation des Vorderarms kam bei einem kräftigen Kanonier zur Beobachtung, welcher über einen Stein stolpernd vornüberfiel, während er mit der vorgestreckten rechten Handfläche instinctiv die Gewalt des Falles abzuschwächen suchte. Die Circumferenz des rechten Ellenbogens mass 7 Cm. mehr als die des linken, Gefässe und Nerven erschienen unverletzt, die Gelenkbänder zerrissen; die Gelenkenden des Humerus, der Ulna und des Radius waren deutlich unter der Haut zu fühlen; besonders stark sprang die Tricepssehne vor. Sobald Pat. die zur Stütze des Vorderarms dienende linke Hand entfernte, erfolgte eine Rotation nach innen am abnorm beweglichen Arm, so dass es den Anschein hatte, als ob eine Fractur bestände. Ohne Chloroform gelang die Reduction prompt, die Heilung erfolgte schnell ohne jeden Zwischenfall; da jede Gelenkentzündung fehlte, wurden passive Bewegungen früh vorgenommen; es wurde volle Brauchbarkeit des Arms erreicht.

Besonders erwähnenswerth erscheint H. die ausserordentliche Beweglichkeit des Arms, die er nur mit der eines Polichinells vergleichen möchte.

Pilz (Stettin).

Wilmart. Fracture du col du fémur et des deux trochanters.

(La Presse médicale belge 1875. No. 14.)

Ein 72 Jahre alter Hospitalit mit ausgebreiteter atheromatöser Entartung der Arterien erlitt durch Fall einen Schenkelhalsbruch der rechten Seite, welcher bei einfacher Bettlage ohne Verband nach $2^1/_2$ Monaten mit vollkommener Consolidation heilte. Es zeigte sich jedoch Verkürzung, Rotation und beschränkte Bewegungsfähigkeit bei Beugung, Streckung und Abduction. Nach einem halben Jahre erfolgte der Tod durch Marasmus. Bei der Section fand man den Trochanter minor abgelöst in der Sehne des M. iliopsoas, welcher 2 Cm. höher als normal sich inserirte, den Trochanter major gleichfalls abgetrennt und nach oben hinten und innen verschoben, wo er mit dem Schenkelhals knöchern verwachsen war. Das fracturirte Collum selbst war gut consolidirt, aber in seinem Querdurchmesser nahezu um die Hälfte verringert. Aus der durch die veränderte Lage der Trochanteren bedingten Verkürzung des Hebelarms für den Muskelzug erklärt W. die dauernde Beweglichkeitsstörung trotz relativer Heilung des Bruches.

Arn. Hiller (Berlin).

Cabot. Enchondrom des Fusses.

(Boston med. and surg. Journal 1875. p. 74.)

Ein 22jähr. Mädchen, vor 7 Jahren von einer Eisenplatte am Fusse getroffen, bemerkte dort bald nachher eine Anschwellung, die später zunahm, schmerzhaft wurde und die Function des Fusses beeinträchtigte; jetzt ist die unregelmässige gelappte Geschwulst hart, unbeweglich, sehr schmerzhaft. Nach der Exstirpation erwies sie sich als ein hartes Enchondrom, das vom peripheren Ende des 5. Metatarsalknochens (Köpfchen?) ausgegangen, $1^1/_2$'' im grössten Durchmesser mass; die äusseren, besonders festen Schichten bestanden aus osteoidem Gewebe mit eingestreuten Heerden von Knorpelsubstanz, die centralen weicheren Theile zeigten für das blosse Auge Knochenstructur.

Pils (Stettin).

E. Zaufal. Besichtigung der Pharyngealmündung der Eustachi'schen Röhre durch die normale Nase.

(Aerztl. Correspondenzblatt des Vereins deutscher Aerzte in Prag 1875. März No. 25.

Z. verwendet 10 Cm. lange Trichter, deren Weite an dem äusseren Ende 1,5—2 Cm., am inneren 3—7 Mm. beträgt. Die vorher erwärmten Trichter werden mit leicht rotirenden Bewegungen durch den unteren Nasengang, indem man sich dicht an den Boden der Nasenhöhle, womöglich unter der concaven Krümmung der unteren Muschel hält, bis zum Ostium pharyng. der Tuba vorgeschoben. Durch Anbringung eines Spiegels am inneren Ende gedenkt Verf. noch einen tieferen Einblick in das Ostium der Tuba zu gewinnen, um namentlich das Verhältniss des Levatorwulstes zum mittleren Theile des Tubalumens studiren zu können.

Weil (Prag).

Jacoby. Ein Fall von Ileus bei einem Neugeborenen.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 4.)

Bei einem neugeborenen Kinde fand, obwohl ein Katheter vom Anus her 14—15 Cm. weit eingeführt werden konnte, keine Darmentleerung durch diesen statt. Unter den Symptomen des Darmverschlusses starb es. Die Obduction ergab in der Ileocoecalgegend ein prall gefülltes Ende des Ileum. Dieses blinde Ende war ohne Narbe. Rectum und Colon von Bleifederdicke. An letzteres schloss sich das kleine Coecum und ein etwa 3 Cm. langes Stückchen Ileum, das in der Gegend des foram. Winslowii an die Wirbelsäule gedrückt blind endigte und dessen Gewebe gleichfalls ohne Narbe war. Verf. nimmt als Erklärung Vorgänge während des späteren Fötallebens an, in dessen früheren Stadien der Darmtractus zusammenhängend angelegt gewesen sei.

v. Mosengeil (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 18. Sonnabend, den 1. Mai. 1875.

v. Pitha. Zur Diagnose und Behandlung der Neuralgieen, insbesondere über die subcutanen Morphin-Injectionen.

(Allgem. Wiener med. Zeitung 1875. No. 1 u. ff.)

Der Verf. macht auf das ausserordentlich häufige Vorkommen der Neuralgieen aufmerksam, welches er der Zunahme der krankhaften Erregbarkeit des Nervensystems unserer ganzen Generation zuzuschreiben geneigt ist. Man findet Neuralgieen in jedem Alter bei beiden Geschlechtern, in allen Ständen — namentlich bei Personen, die sich durch excessive Sensibilität, durch erregbares Temperament als sog. »nervöse Menschen« charakterisiren. Oft sind erbliche Dispositionen nachweisbar. Als directe Gelegenheitsursachen zur Hervorrufung bestimmter localer Neuralgieen wirken grosse körperliche Strapazen, Erkältungen, Verletzungen aller Art (namentlich Schuss- und vergiftete Wunden und gewisse scheinbar ganz harmlose Contusionen). Die

Beschreibung der bekannten charakteristischen Symptome des neuralgischen Anfalls hat ein besonderes Interesse, da Verf. seit 2 Jahren infolge einer Eitervergiftung bei einer Operation selbst an den heftigsten Neuralgieen der verschiedensten Art leidet und deshalb die von ihm geschilderten Zustände als Ergebnisse der Selbstbeobachtung eines Arztes anzusehen sind, bringt indessen nichts wesentlich Neues.

Eine ausserordentliche Rolle spielt die Phantasie in der Deutung des Schmerzes. Interessant sind P.'s Angaben in dieser Beziehung. Er hatte z. B. bei einer Neuralgie der Blase das deutlichste Gefühl eines Blasensteines; er fühlte das Anpressen der Stacheln gegen die Blasenschleimhaut, empfand das Anschlagen des Steines gegen die Symphyse, und war so überzeugt von dessen factischer Gegenwart, dass er erst nach wiederholter genauer, von ihm selbst ausgeführter Untersuchung der Blase mit der Steinsonde die Nichtanwesenheit desselben demonstriren konnte. Von dem Momente war das charakteristische Gefühl verschwunden. Bei einer Neuralgie der Fersenhaut hat der Verf. das deutliche Gefühl einer subperiostalen Auslösung des Fersenbeines, er fühlt sämmtliche dabei in Verwendung kommenden Instrumente etc.

Der Verf. litt und leidet an den verschiedensten Formen der Neuralgie, die offenbar centralen Ursprunges sind und bisher der Therapie getrotzt haben. Er war daher auf Morphiuminjectionen angewiesen und theilt auch über diese grossentheils eigene Erfahrungen mit. Er hält die subcutane Anwendung des Morphiums für die einzig rationelle. Sie wirkt unmittelbar, die Narkose ist verhältnissmässig gering im Vergleich zu der schmerzstillenden Wirkung und ist, selbst durch lange Zeit hindurch fortgesetzt, in der Regel ohne nachtheilige Folgen (?). Der Verf. glaubt sich zu dem letzteren Ausspruch sowohl durch seine eigenen als durch die Erfahrungen v. Nussbaum's berechtigt. Er empfiehlt aber ausdrücklich mit den geringsten Dosen zu beginnen, nur je nach Bedürfniss zu steigen und die Injectionen selbst kleiner Dosen nicht zu häufig und unmittelbar hintereinander zu machen, weil sich die narkotische Wirkung des M. summire.

Gewisse Individuen, wie es scheint namentlich Leute mit Herzfehlern, haben allerdings eine solche Idiosynkrasie gegen das Morphium, dass die kleinsten Dosen (0,0012) genügen, um die schwersten Intoxicationserscheinungen (Leichenblässe, kalter Schweiss, Aussetzen des Pulses und der Respiration, langdauernde Ueblichkeiten, Erbrechen u. s. w.) hervorzurufen. Es scheinen bei denselben Individuen auch Chloroform und Chloralhydrat ähnliche foudroyante Wirkungen hervorzurufen; der Verf. mahnt daher namentlich bei der ersten Anwendung des Morphiums zur grössten Vorsicht. Gegen Vergiftungssymptome räth P. energisches Zuführen frischer Luft, Waschungen mit Essig, Bespritzen mit kaltem Wasser, Clysmata von starkem schwarzen Kaffee, im Nothfall künstliche Respiration. Wenn die be-

drohlichen Erscheinungen fortdauern, so empfiehlt P. einen Versuch mit Einathmung von Chloroform zu machen.

Gegen die unangenehmen Nebenwirkungen des Morphiums auf Magen und Darmcanal empfiehlt Verf. Chin. muriat. in schwarzem Kaffee. Sehr gut bewährte sich auch ein Zusatz von $^1/_{100}$ gran (grm. 0,0006) Atropin. sulfur. zur Injectionsflüssigkeit. Bei längerem Gebrauche des M. verschwinden diese Zufälle von selbst, ebenso wie die anfänglich zuweilen ohne alle Aufregung eintretende, langdauernde aber nicht unangenehme Schlaflosigkeit; eine eigentlich psychische üble Nachwirkung der Injectionen hat Verf. niemals beobachtet. Verf. räth endlich, mit Sorgfalt jedes Gefäss zu vermeiden, da auch er die sehr schweren Folgen einer directen Injection in eine Vene an sich constatirt hat. Ausserdem soll die Injection niemals an der gerade neuralgisch afficirten Stelle gemacht werden.

Zur Ausführung der Injection empfiehlt P. bei besonders empfindlicher Haut ein von Leiter construirtes Instrument zur schmerzlosen Injection (der Einstich wird mittelst einer losschnellenden Feder gemacht), gegen das sich übrigens Stimmen anderer Chirurgen erhoben haben. Schliesslich empfiehlt der Verf., die Injectionsspritze nicht dem Laien in die Hand zu geben. **Winiwarter** (Wien.)

O. Haab. Experimentelle Untersuchungen über pathologisches Längenwachsthum der Knochen.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1875. No. 13.)

Verf. hat die bekannte klinische und pathologisch-anatomische Erfahrung, dass bei krankhaft vermehrtem Längenwachsthum eines Röhrenknochens auch der angrenzende gesunde Knochen oft etwas stärker wächst, experimentell bestätigt und z. B. gefunden, dass nach Eintreiben von Stiften in die Tibia eines jungen Thieres nicht nur dieser Knochen sich zu stark verlängert, sondern auch das Femur. Bei den Längenunterschieden handelt es sich allerdings fast immer nur um Zehntel von Millimetern. **A. Bidder** (Mannheim).

Nepveu. Présence de bactéries dans les collections souscoutanées.

(Gaz. méd. 1875. No. 11. p. 126.)

N. untersuchte unter Beobachtung aller Cautelen eine Anzahl pathologischer, subcutaner Flüssigkeitsansammlungen und fand in einem Theil der Fälle zahlreiche Micrococcen, während dieselben in anderen z. B. in einem nach Wirbelcaries entstandenen Congestionsabscess vollständig fehlten. Die 6 mitgetheilten Fälle, bei denen die mikroskopische Untersuchung Mikroorganismen verschiedener Formen ergab, sind:

1) Cyste der linken Niere. Punction mit einem feinen

Troikart und Entleerung einer Flüssigkeit, die neben rothen und weissen Blutkörperchen zahlreiche Micrococcen und Mesobacterien enthält.

2) Eitrige Pleuritis seit 3 Monaten bestehend. 9 Punctionen. Der bei der letzten derselben untersuchte Eiter zeigt zahlreiche Micrococcen.

3) Hämatocele cystica mit sarcomatöser Entartung der Wandung. Die entleerte Flüssigkeit, sowie das Gesammtblut des Patienten enthält ebenfalls zahlreiche Micrococcen.

4) Vereiterter Bubo,

5) Vereiterte Cyste des Samenstranges bei einem 7-monatlichen Kinde. Punction und Incision des Tumors, der sich als Cyste des Nebenhodens erweist, die mit dem Bruchsack einer gleichzeitig bestehenden Hernie verwachsen ist. Der eitrige Inhalt mit Massen von Micro- und Mesococcen, sowie Mikrobacterien erfüllt.

6) Aneurysma der art. poplitea. Seit ca. $1/2$ Jahre bestehend, wird dasselbe anfänglich mit starker Compression der art. cruralis in der Inguinalgegend behandelt. Bald stellen sich heftige Schmerzen im Aneurysma, sowie starkes Oedem des ganzen Beines ein. Allmälige Verschlimmerung mit Temperatursteigerung bis 40,5°. Amputation. Die unmittelbar nach der Operation angestellte Untersuchung ergiebt sowohl im Gesammtblut, als im Inhalt des Aneurysma Micrococcen (in letzterem neben reichlichen weissen Blutkörperchen). Auch die im Kniegelenk enthaltene sanguinolente Flüssigkeit zeigt Micrococcen, Mikrobacterien sowie zahlreiche Streptobacterien.

Wie das Auftreten der Mikroorganismen in diesen abgeschlossenen Höhlenflüssigkeiten zu erklären sei, ob. durch Vorhandensein von Keimen im normalen Blut, ob durch zufälliges und auf verschiedenen Wegen stattfindendes Eindringen derselben, lässt N. dahingestellt. Bemerkenswerth bleibt, dass in den Fällen, wo das Blut zugleich untersucht wurde, dasselbe ebenfalls Micrococcen enthielt. In Fall 2 und 4 ist ein Eindringen letzterer von aussen wahrscheinlich.

O. Volkmann (Halle).

Fornet. Anesthésie chirurgicale en deux temps par le chloral et le chloroforme.

(Séance de la société de chirurgie 1874. Nov. 18.)

F. empfiehlt, zu chirurg. Zwecken die Pat. erst in Chloralschlaf zu bringen, dann erst sie zu chloroformiren. Er führt ein Paar Fälle aus seiner Praxis an, und betont, dass die gewöhnliche Aufregung beim Chloroformiren, das Widerstreben des Pat. etc., lauter Missstände, welche dadurch Gefahr bringen, dass man genöthigt ist, grössere Chloroformmengen auf einmal einathmen zu lassen, wegfallen, wenn der Pat. zuvor in Chloral-Schlaf versetzt ist.

Dolbeau weist dagegen durch Anführung von Fällen aus seiner Praxis nach, dass die Verabreichung von Chloralhydrat vor der Chloroformirung sehr gefährlich sei.

(Die Gefährlichkeit des Verfahrens ist in Deutschland bereits erprobt; in ein Paar Fällen gelang die Wiedererweckung des Pat. nur mit grosser Mühe nach mehreren Stunden. Ref.)

Fr. Steiner (Wien).

Chr. Aeby. Gelenk und Luftdruck.

(Centralbl. f. d. med. Wissenschaften 1875. No. 15.)

Eine Reihe von Untersuchungen haben den Verf. davon überzeugt, »dass der Luftdruck an und für sich nach Durchschneidung sämmtlicher Weichtheile, einschliesslich der Kapsel, völlig ausreiche, die Gelenkflächen in Contact und somit die dazu gehörigen Skeletabschnitte in Zusammenhang zu erhalten«. Das gilt für fast alle Gelenke des Körpers.

A. Bidder (Mannheim).

Wittmann. Distraction in Gelenkkrankheiten der Kinder.

(Vortrag, gehalten in der Budapester k. Gesellschaft der Aerzte. — Pester med. chir. Presse 1875. No. 11.)

W., langjähriger Assistent im Pester Kinderspitale, beobachtete während eines Zeitraumes von 5 Jahren (1870—1874) 226 Coxalgieen, davon 127 Knaben und 99 Mädchen. Unter 1 Jahr = 3 (immer acut und traumatisch), von 1—3 Jahr = 36, von 3—7 = 121, von 7—14 = 66. — Von Gonitis kamen 148 Fälle zur Beobachtung (68 Knaben, 80 Mädchen). Von Spondylitis 186 Fälle: 103 Knaben, 83 Mädchen; unter 1 Jahr = 2, von 1—3 = 42, von 3—9 = 97, von 7—14 = 45. — (Leider fehlt die Angabe der Mortalität und der erreichten functionellen Resultate. Ref.) — Redner plaidirt warm für die von Volkmann empfohlene Distractionsmethode, in ablaufenden Fällen von Coxitis auch für die Taylor'sche distrahirende Gehmaschine. Besonders günstige Resultate wurden bei Spondylitis cervicalis erzielt mittelst der Glisson'schen Schleuder (in einem Falle, in welchem der Kopf fast auf der linken Schulter ruhte, schwand die Paralyse des linken Armes schon nach 12 Stunden). Bei Spondylitis der Brust- und Lendenwirbelsäule wird ein von Schildbach (nach Rauchfuss in Petersburg) veröffentlichtes Verfahren mit »ausgezeichneter Wirkung« in Anwendung gezogen. Es schwebt dabei das kranke Wirbelsäulensegment 2—3 Cm. über dem Lager auf einem quer über das Bett gespannten Gurt.

Rupprecht (Halle).

Kulischer. Ueber blutstillende Mittel bei ihrer örtlichen Anwendung.

(Arch. der Heilkunde. XVI. Jahrg. Hft. 2. p. 130—143.)

Derselbe. Ueber den Verschluss von Schnittwunden nach Einwirkung blutstillender Mittel und nach Blutung.

(Ibid. p. 144—165.)

Im ersten Artikel theilt Verf. Experimente mit, welche er über die Wirkung blutstillender Mittel auf den frisch amputirten Unter-

schenkel des Frosches machte. Auch den coagulirenden Einfluss der Mittel auf das Serum anderer Blutarten prüfte er und fand, dass eine 30% Eisenchloridlösung am sichersten wirkt (stärkere Lösungen machen die Blutcoagula zu hart), während essigsaures Blei unter gleichen Bedingungen nur wenig, schwefelsaures Zink aber gar nicht wirkt.

Im zweiten Aufsatze wird eine Reihe von Experimenten mitgetheilt, in welchen die Festigkeit des durch Styptica bewirkten Verschlusses einer Wunde geprüft wurde und zwar dadurch, dass unter einem gewissen Druck Oel in die linke Vorkammer des Frosches getrieben wurde, während gleichzeitig das Vordringen des Oels durch die Wunde beobachtet wurde. Auch die Zeitminima bis zum spontanen Aufhören der Blutung bei Amputation eines Unterschenkels oder beider, die Wirkung der Compression, die Verhältnisse der Nachblutung etc. wurden geprüft; in Bezug hierauf muss auf das Original verwiesen werden.

Das Hauptresultat besteht in der Erfahrung, dass je höher die spontane Verklebungsfähigkeit des Blutes ist, auch die Styptica um so besser wirken. **A. Bidder** (Mannheim).

Birch-Hirschfeld. Beiträge zur patholog. Anatomie der hereditären Syphilis Neugeborener.

(Arch. der Heilkunde XVI. Jahrg. Hft. 2. p. 166—178.)

Verf. hat eine grosse Reihe Neugeborener und todtfauler Früchte, darunter eine Anzahl syphilitischer untersucht und ist in der Lage, die von Wegner bei letzteren gefundenen Knochenveränderungen zu bestätigen. Auch die von Heubner beschriebenen Wucherungen der Nabelschnurgefässwände sah er oft, einige Male aber ohne die charakteristische Knochenveränderung. Die Milz fand sich im Allgemeinen etwas vergrössert; die Leber nicht. Amyloidveränderung war nur 1 Mal zu constatiren. Dagegen fand sich ziemlich constant eine Vergrösserung und durch interstitielle Bindegewebswucherung bedingte fibröse Entartung des Pancreas. **A. Bidder** (Mannheim).

Bälz. Ueber hämorrhagische Syphilis.

(Arch. der Heilkunde XVI. Jahrg. Hft. 2. p. 179—187.)

Verf. beschreibt einen Fall, wo bei einem syphilitischen, sonst kräftigen und wohlgenährten jungen Manne gleichzeitig mit rheumatismusähnlichen Anschwellungen vieler Gelenke ein allgemeines Exanthem auftrat, welches sich mit bedeutenden subcutanen Hämorrhagieen verband. Die blutrothen Flecke, welche einmal in der ganzen Ausdehnung der Stelle, wo ein Eisbeutel gelegen hatte, entstanden waren, entfärbten sich immer im Laufe von 36 Stunden. Nur wenige

Tage geringes Fieber. Unter Jodbehandlung trat Heilung ein. Verf. erwähnt kurz zweier ähnlicher zum Tode führender Fälle und ist geneigt anzunehmen, dass vielleicht unter dem Einflusse des syphilitischen Giftes eine hämorrhagische Diathese entstehe. Das Gefässsystem sei bei Syphilis, wie die neuesten Untersuchungen lehren, oft bedeutend erkrankt.

A. Bidder (Mannheim).

Kirkwood. Statistical report of the major operations performed by Professor Spence in the Edinburgh Royal infirmary.

(Med. tim. and gaz. 1875. March 13. p. 275.)

Eine durch ein Nachwort von Spence autorisirte übersichtliche Zusammenstellung der Operationen von October 1872 bis ebendahin 1874 mit Angabe der Veranlassung und des Schlussresultates; den tödtlich abgelaufenen Fällen sind kurze Krankengeschichten beigefügt. Die accessorischen Wundkrankheiten sind nicht besonders berücksichtigt; es werden wahrscheinlich neben den beiden mitgetheilten tödtlichen Erysipelen leichtere Fälle dieser Erkrankung nicht gefehlt haben. Spence's jetzige Wundbehandlung ist ungefähr folgende: Nach der Operation wird die Wunde mit einer sehr schwachen Carbollösung ausgewaschen, mit Silbersuturen geschlossen und mit Wachspapier bedeckt. Darüber wird eine Schicht Oakum, welches aber die Haut nicht berühren darf, mit einer Binde befestigt. Am Abend wird die Wunde ausgespült, die Gerinnsel sorgfältig entfernt; zu diesem Zwecke werden einige Suturen gelöst. Fortan sorgfältige Drainage, und 2 Mal täglicher Verband; jedesmal wird die Wunde mit schwachen Carbol- oder Borsäure-Lösungen ausirrigirt. Einzelheiten, sowie die eine grosse Rolle spielende vorbereitende innere Behandlung müssen im Original verglichen werden.

I. Amputationen.	Zahl.	Heilungen.	†.	
a) Oberschenkel traumatisch, primär	2	1	1	(an Pyämie, bei multiplen schweren Verletzungen)
» » secundär	1	1	0	
» wegen Kniegelenkerkrankung	8	6	2	(Tuberkulose)
» nach Resectio genu	2	2	0	
» wegen Nekrose	2	0	2	(1 Nachblutg., 1 Erschöpfg.)
» » Tumoren der Tibia	2	2	0	
» » Stumpfosteomyelitis nach amput. cruris	1	0	1	(Phthisiker, 5 Tage nach der Operation an Diarrhöen gestorben)
b) Kniegelenk traumatisch, primär	1	1	0	
c) Unterschenkel traumatisch, primär	1	1	0	
Fusscaries	1	0	1	(Stumpfosteomyel., cf. oben)
Gangrän nach Typhus	1	1	0	
d) Knöchel wegen chron. Erkrankungen	8	8	0	
e) nach Chopart	1	0	1	(Todesursache nicht angegeben)

	Zahl.	Heilungen.	†.	
f) Schultergelenk, traumatisch, primär	1	0	1	(Starker Blutverlust, † an Entkräftung)
g) Oberarm, Nekrose an Unterarm	1	1	0	
Tumor an der Hand	1	0	1	(Primäre Nachblutung, Erschöpfung)
h) Unterarm, traumatisch, primär	1	0	1	(Pneumonie, 14 Tage nach Verletzung)
Zellgewebsvereiterung	1	0	1	(Pneumonie, 4 Wochen nach Operation)
Geschwulst	1	0	1	(Erysipelas phlegmonosum)

II. Resectionen des Hüftgelenks	3	3	0	
» » Kniegelenks	5	4	1	(Pneumonie, 1 Monat nach Resection wegen Caries)
» » Fussgelenks	1	1	0	
» » Schultergelks.	5	5	0	
» » Ellenbogengel.	9	9	0	
	23	22	1	

1 Kniegelenkresection und 1 Ellenbogengelenkresection wurden wegen Ankylose, alle anderen wegen chron. Entzündungen gemacht.

Hieran schliessen sich 12 Mammaamputationen, eine Herniotomie, 2 Steinschnitte, 14 Necrotomieen, eine secundäre Trepanation ohne Todesfall; auf 14 Geschwulstexstirpationen entfallen 4 Todesfälle: 1 durch Erysipel, 1 durch Oedema glottidis, 1 an Pyämie nach Zungenamputation, 1 vor der Reaction nach Entfernung der ganzen Zunge. Die 7 Tracheotomieen mit 3 Heilungen und 4 Todesfällen cfr. im Original.

Zum Beweise, dass eine einfache Operationsmortalitätsstatistik ohne weitere Angaben unbrauchbar sei, fügt Spence die Amputationen und Operationen »for disease« in den Jahren 1860—62 bei. Die Wundbehandlung war damals eine offene. Er verlor von 63 Amputationen (incl. 25 Oberschenkelamputationen) nur 3, von 23 Resectionen nur 2, 7 Steinschnitte gaben keinen, 12 Bruchschnitte nur 2 Todesfälle.

Ranke (Halle).

Budin et **Coyne**. Des phénomènes pupillaires dans l'asphyxie; différence de ces phénomènes dans l'anesthésie chloroformique et dans l'anesthésie asphyxique.

(Gaz. méd. 1875. No. 8. p. 90.)

Gegenüber Schiff's Behauptung (la pupilla come esthesiometra, Imparziale 1874), dass die Pupille sich während der Chloroformanaesthesie nicht verengere, sondern dilatire, wie dies auch andere Forscher, z. B. Jüngken, bereits früher constatirt hätten, halten B. und C. ihre Ansicht von dem Zustand der Pupille während der Chloroformnarkose aufrecht (cf. Centralbl. f. Chir. 1874, No. 33, p. 526). Man muss die asphyctische Anästhesie und die reine Chloroformanästhesie auseinanderhalten. Je nachdem man durch rasche und directe, ohne Zutritt von atmosphärischer Luft stattfindende Anwendung des Narko-

ticums die erste, oder durch langsames und vorsichtiges Chloroformiren die zweite erhält, ist auch der Contractionsgrad der Pupille ein verschiedener. Schiff experimentirte in der Weise, dass er einem Hund erst ein Quantum Chloral in eine Vene injicirte und ihn sodann chloroformirte. Hierbei trat zuerst Verengerung und sodann starke Erweiterung der Pupillen ein. Er glaubte hieraus den Schluss ziehen zu müssen, dass das Chloral anders wirke als das Chloroform und dass bei Anwendung des letzteren stets eine Dilatation der Pupille einträte. Nach B.'s und C.'s Ansicht dagegen erreichte Schiff bei seinem Experiment erst die einfache, später nach Hinzufügung des Chloroforms die mit Asphyxie gemischte Anästhesie. Sie bewiesen dies durch folgende Experimente. 1) Einem Hund wurden 2 grm. Chloral in die Venen injicirt. Nach Ablauf der hiernach eintretenden Anästhesie (ca. 10—15 Minuten) wurde unter Zulassung von Luft Chloroform angewendet und hierdurch das Versuchsthier 1 Stunde lang in reiner Anästhesie erhalten. Die Pupille blieb dauernd contrahirt. 2) Ein Hund wurde tracheotomirt und in die Trachea eine durch einen Hahn verschliessbare Kanüle eingeführt. Nach Herbeiführung der reinen Anästhesie durch intravenöse Injection von Chloral wurde der Hahn geschlossen. Mit Zunahme der Asphyxie begannen sich jetzt die Pupillen bedeutend zu erweitern. Wurde der Hahn geöffnet, so trat sofort wieder Contraction derselben ein.

Die Asphyxie signalisirt sich sonach immer durch eine Dilatation der Pupille. Aus dem anfänglichen mittleren Contractionszustand tritt letztere bei Beginn der convulsivischen Bewegungen in den Zustand der Dilatation. Die Asphyxie ist nur zufällig und lässt sich bei langsamer und allmäliger Anwendung des Chloroforms vermeiden. Einige Narkotica dagegen, wie das Stickstoffprotoxyd und das Amylnitrit scheinen nur durch Herbeiführung der Asphyxie zu wirken.

O. Volkmann (Halle).

Thin. The pathologie of lupus erythematosus.

(Royal med. and chir. society 1875. Jan. 12. Med. tim. and gaz. 1875. Jan. 30. p. 131.)

Th. hatte Gelegenheit, die Haut eines in Wien 1873 verstorbenen Kranken zu untersuchen; er wählte die innere Oberfläche der zweiten Zehe, wo die Affection erst einige Wochen vor dem Tode aufgetreten war. Schweissdrüsen, Bindegewebe, Rete Malpighi normal, enorme Dilatation der Capillaren zumal in den Papillen und um die Drüsen. Th. sieht in diesem Befunde ein früheres Stadium der von Neumann, Giddings und Kaposi beschriebenen Veränderungen.

Ranke (Halle).

W. Busch. Zwanzig Blasenscheidenfisteln.

Inaug.-Diss. Jena. A. Neuenhahn. 1874.

B. theilt die Krankengeschichten sämmtlicher seit dem Jahre 1857 in der gynäcologischen Klinik zu Jena beobachteten Blasen-

scheidenfisteln mit. Von 20 Pat. wurden 19 operirt und 17 geheilt. In 6 Fällen gelang der Verschluss der Fistel durch eine Operation, in den übrigen musste mehrmals, bis 15 Mal, operirt werden. Bei der Ausführung der Operation befolgte Prof. Schultze die in Deutschland jetzt allgemein acceptirten Regeln. 11 Mal konnte durch einfache Anfrischung der Fistelränder der Verschluss bewerkstelligt werden, 5 Mal musste die vordere Muttermundlippe hierzu mit benutzt werden und 2 Fälle erforderten die quere Obliteration der Vagina. Als Nähmaterial gebrauchte Schultze ausschliesslich feine Seide, nachdem er sich in 2 Fällen von den Nachtheilen der Drahtsuturen überzeugt hatte. Cauterisationen mit Lapis, ferr. candens oder dem Galvanokauter erwiesen sich, selbst bei den kleinsten Fisteln, absolut erfolglos. Was die Aetiologie betrifft, war eine Fistel durch ein Pessarium, alle übrigen durch schwere Entbindungen, meist bei verengtem Becken, veranlasst. 12 Pat. waren Primiparae.

Schädel (Berlin).

H. Knapp. Eine Operationsmethode für gespaltene Ohrläppchen.

(Arch. für Augen- und Ohrenheilkunde 1874. Bd. III. Abtheil. 2.)

Die Modification ist der bekannten Mirault-Langenbeck'schen Operation der Hasenscharte entlehnt. Das Verfahren bietet den Vortheil, durch die Anheilung des kleinen Hautläppchens von dem einen Hautzipfel an den anderen den abgerundeten Rand des Ohrläppchens wieder herzustellen, während sonst eine kleine Einkerbung zurückbleibt.

Tillmanns (Leipzig).

Valette. Des accidents liés à la migration imparfaite du testicule.

(Gaz. des hôpitaux 1875. No. 13 u. 14.)

Ein 21jähr. Arbeiter kam mit allen Erscheinungen einer acuten Darmverschliessung in das Hôtel-Dieu. In der Inguinalgegend, zum Theil noch im Leistencanal verborgen, lag der rechte Hoden; derselbe war weder vergrössert, noch auf Druck empfindlich und liess sich ohne Schwierigkeit aus dem Leistencanal herausdrängen. Pat. gab an, dass der Hoden Tags vorher bei einer leichten Anstrengung plötzlich aus dem Scrotum in die Höhe gestiegen sei und dass in diesem Moment seine Leiden begonnen hätten. Die Einklemmungserscheinungen steigerten sich so lange, bis zum ersten Male in der Nacht vom 3. zum 4. Tage reichliche Stuhlentleerungen erfolgten. Der Hoden liess sich jetzt mit leichter Mühe an seinen alten Platz im Scrotum reponiren, aber bei dem Versuche, ihn hier dauernd zu fixiren, traten sofort die alten Schmerzen auf und verschwanden erst wieder, als der Hoden freigelassen wurde. Nachträglich erfuhr V., dass der Hoden für gewöhnlich im Scrotum, allerdings stets höher wie der linke,

häufig aber auch weiter oben, nach dem Leistencanale zu, lag. Auch hatte Pat. schon mehrmals ähnliche Zufälle, wie V. beobachtete, durchgemacht und zwar jedesmal nachdem der Hoden bei einer Anstrengung in den Canal. inguinal. hinaufgestiegen war.

Nach V. handelte es sich offenbar um einen Fall von Pseudo-Einklemmung. Die Erklärung dieser eigenthümlichen Affection geben die Experimente Cl. Bernard's, Brown Sequard's u. A., wonach die Bewegung der Därme reflectorisch angeregt wird durch Reize, welche das Peritoneum, die Bauchdecken oder der Bauchhöhle benachbarte Organe treffen. Die sensiblen Nerven dieser Theile übertragen ihre Erregung auf das Centrum, aus welchem die motorischen Darmnerven entspringen. Die Darmmuskulatur wird auf diesem Wege entweder in krampfhafte Contraction versetzt, oder sie wird paralysirt. Im vorliegenden Falle handelte es sich um eine vollständige Reflexparalyse. — Besonders zu erwähnen ist noch, dass der Hoden durchaus normal war, dass also die beobachteten Symptome nicht etwa auf eine zum Peritoneum fortgepflanzte Entzündung bezogen werden konnten, wie man dies in ähnlichen Fällen früher anzunehmen pflegte.

Da Bandagen zur Retention im Scrotum nicht ertragen wurden, die bedrohlichen Zufälle sich jeden Augenblick wiederholen konnten und Pat. fortwährend ein lästiges Gefühl von Druck und Schwere in der betr. Seite verspürte, entschloss sich V., zur Radicalheilung die Castration auszuführen. Er bediente sich hierzu seiner »Pince caustique«, durch welche alle aus einer Communication des Processus vaginalis mit der Peritonealhöhle entspringenden Gefahren vermieden werden.

Die Structur des Hodens war normal; im vas deferens fanden sich wenige, bewegungslose Spermatozoen. **Schädel** (Berlin).

J. Spence. On a modification of the method of using Malgaigne's screw-hooks in transverse fracture of the patella.

W. Callender. On the treatment of fracture of the patella.

A. Fergusson M'Gill. The treatment of fractures of the patella and olecranon by the expectant method.

(The Practitioner 1875. March.)

Statt die Malgaigne'sche Klammer bei Patella-Fracturen direct in der Haut zu fixiren, legt Spence auf die vordere Fläche des Ober- und Unterschenkels je ein breites Stück Heftpflaster; die eine Seite nach der Patella zu ist leicht concav ausgeschnitten. Auf die breiten Heftpflasterstücke kommen mehrere schmale Lagen desselben Pflasters und in diese fixirt S. die Malgaigne'sche Klammer. —

Callender behandelt die Patella-Fracturen folgendermassen: die Extremität wird in eine Schiene gelagert, an deren Fussbrett sich 2 horizontale eiserne Stäbe mit Rollen für die Extension befinden. Auf die vordere Fläche des Ober- und Unterschenkels wird je ein genü-

gend grosses Stück Heftpflaster gelegt, wie im vorigen Falle. Unter dem Heftpflaster liegt etwas Lint etc., um die Haut zu schützen. Heftpflaster und Schiene werden durch Bindentouren, welche das Knie freilassen, befestigt. In die oberen seitlichen Ecken des unteren Heftpflasterstücks wird je eine Schnur befestigt, welche durch die unteren Ecken des Oberschenkelpflasters gezogen werden, dann nach unten über die betreffende Rolle laufen und an einem gemeinschaftlichen Gewicht endigen. Durch die Extension werden die beiden Heftpflasterstücke sammt den Bruchstücken der Patella möglichst genähert. Statt der erwähnten Neville'schen Schiene genügt auch jede andere Holzschiene, durch deren Fussbrett rechts und links 2 Löcher gebohrt sind, um die Extensionsschnur auf jeder Seite durchzulassen. —

F. M'Gill verwirft die Anwendung der Malgaigne'schen Klammer, wenn sie direct in der Haut des Pat. befestigt wird. Im King's College Hospital wurde Erysipel mit tödtlichem Ausgang nach ihrer Anwendung gesehen. Die Methode Wood's, mit Achtertouren die Patellafragmente zu fixiren, hält Verf. für ungenügend. Besser scheint die Methode Samborn's, welcher ober- und unterhalb der gebrochenen Patella ein kleines Polster anbringt, dann einen breiten Heftpflasterstreifen auf die Vorderfläche des Ober- und Unterschenkels, von der Hüfte bis zu den Knöcheln, legt. Ueber der Patella bildet dieser lange Heftpflasterstreifen eine Schlinge, welche man durch Rotationen vermittelst eines Stückes Holz oder Aehnlichem anziehen soll. Durch diese Manipulation nähert der angezogene lange Heftpflasterstreifen die beiden Polster und fixirt so ausgezeichnet die Bruchstücke der Patella. Für das einfachste und relativ das beste Verfahren erklärt M'Gill die Methode von Teale, der die Extremität einfach in eine Holzlade legt und Kälte applicirt. Der Pat. muss 6—8 Wochen im Bett liegen. Die anfangs bestehende tonische Contraction des Quadriceps verschwindet nach einigen Tagen, der Zug an der fracturirten Patella hört auf, dagegen nähert die Narbencontraction die durch Bindegewebe verbundenen beiden Bruchstücke der Patella von selbst und zwar in der erwähnten Zeit so vollständig, dass man keinen Zwischenraum zwischen den beiden Fragmenten mehr wahrnehmen kann und das Kniegelenk in functioneller Beziehung nichts zu wünschen übrig lässt. — Auch bei Fracturen des Olecranon findet durch die Narbenschrumpfung eine ähnliche Annäherung der Fragmente statt. M'Gill legt das Ellenbogengelenk in eine rechtwinklige Schiene und sah auch hier, dass die Narbenschrumpfung die beiden Fragmente so näherte, dass kein Zwischenraum zu entdecken war.

Tillmanns (Leipzig).

Kleinere Mittheilungen.

A. Benazzi. Degli effetti del chinino sulla contrattilità dell' utero.

(Gazz. delle cliniche Torino 1875. No. 2.)

Eine Frau, schwanger im 5. Monat, welche schon 3 Mal abortirte, etwas heruntergekommen, erhält wegen eines Wechselfiebers innerhalb 12 Tagen 7 grm.

Chinin, ohne dass Abortus erfolgte. B. glaubt darum nicht, dass dem Chinin eine besondere Wirkung auf Contraction der Uterusfasern zukomme.

Menzel (Triest).

Fieber. Beiträge zur electrischen Behandlung der Hysterie.

(Pester med. chir. Presse 1875. No. 1 u. 2.)

Nicht nur bei psychisch-hysterischen Symptomen (Galvanisation des Sympathicus), sowie bei hysterischen Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen ist die Behandlung mittelst des electrischen Stromes unter gewissen Umständen überraschend dankbar, sondern ebenso auch gegen palpable Affectionen der Genitalien Hysterischer erweist sich, wie Verf. versichert, die local applicirte Electricität oft nützlich. So gegen Lageveränderungen, Exsudate, Geschwüre, Blennorrhoe, Ovarialcysten (Electrolyse). Näheres s. im Original und in den daselbst citirten electrotherapeutischen Werken des Verf.'s. **Rupprecht** (Halle).

Minnich. Erysipelas migrans von besonderer Intensität.

(Wiener med. Presse 1875. No. 5.)

Ein 30jähr. Tischler kam mit indolenten Bubonen beider Inguinalgegenden in's Spital. Zur Zeit bestanden viele Erysipele. Innerlich Jodkali, äusserlich Jodtinctur und Compression. 11 Tage später heftiger Schüttelfrost. Am 12. Tage ein Erysipel an der rechten Wange (am 9. Tage war Schmerz in den Zähnen des rechten Oberkiefers dagewesen), das nach 5 Tagen den ganzen Kopf einnahm. Allmälig wurden die oberen Extremitäten, der ganze Rücken, die Brust, den Bauch ausgenommen, davon ergriffen. Nach einer Pause im Weiterschreiten ging das Erysipel von den Bubonenstellen auf die unteren Extremitäten über. Hierbei beständiges Fieber bis 40°C. Abends, Morgens um $^1/_2$° bis 1° remittirend. Sensorium getrübt. Stimme heiser, im Harn durch 10 Tage Albumen. Die Bubonen waren während des Verlaufs des Erysipels ganz verschwunden.

Fr. Steiner (Wien).

M. Huppert. Fremder Körper im Gehirn.

(Arch. der Heilkunde 1875. XVI. Jahrg. Hft. 2.)

Bei der Section eines 42jähr., seit einem Jahre geisteskranken, früher aber stets gesunden Mannes fand sich im Grosshirn unter dem rechten Hinter- und Unterhorn ein 73 Mm. langer vierkantiger Schieferstift, ohne dass die umgebende Hirnsubstanz irgend welche Veränderung zeigte; auch an den weichen und harten Bedeckungen der Schädelhöhle war nichts von einer Narbe zu entdecken. Es fand sich nur eine dünne senkrecht stehende Knochenplatte von der inneren Fläche des Schädels ausgehend am unteren Ende des rechten margo lambd.

Verf. nimmt an, dass der Stift schon in früher Jugend in das Gehirn eingedrungen und ganz symptomlos in demselben liegen geblieben sei.

A. Bidder (Mannheim).

A. Robertson und **H. Knapp.** Sarcom der Iris.

(Arch. für Augen- und Ohrenheilkunde 1874. Bd. 3. Abtheil. 2.)

Die ovale bräunliche Geschwulst von $1^3/_4$''' im Längs- und 1''' im Breitendurchmesser sass am oberen äusseren Theil der Iris, nahe an ihrem Ciliarrande. Unten am Ciliarrande befand sich »eine Kette von 3 ähnlichen, jedoch kleineren Geschwülsten«. Deutlich glaucomatöse Erscheinungen. Sehkraft erloschen. Enucleation des Bulbus durch R.; dauernde Heilung, die noch nach Verlauf von 2 Jahren constatirt werden konnte. — Die von K. vorgenommene anatomische Untersuchung des gut gehärteten Auges ergab diffuse und geformte Glaskörpertrübungen, glaucomatöse Excavation der Eintrittsstelle des Sehnerven; die Vorderfläche der Iris matt, graublau, mit einer Anzahl kleiner, rundlicher Erhabenheiten besetzt, in der Nähe des Ciliarrandes die oben erwähnten grösseren Geschwülste, welche sich sämmtlich als melanotische Sarcome erwiesen und wie die vordere Irisschicht zusammengesetzt waren. Alle übrigen Augenhäute normal. Von besonderem Interesse ist die Entwicklung der Neubildung aus der vorderen Irisschicht und die

grosse Anzahl kleinerer Geschwülste. In der Literatur hat K. nur 1 Fall von melanotischem Sarcom der Iris gefunden (v. Gräfe, Arch. für Ophthalm. Bd. 14, Hft. 3, p. 182 u. s. w.). **Tillmanns** (Leipzig).

Th. Bryant. Report on operative surgery.

(The Guy's Hospital's Reports 1873—1874.

Der Bericht umfasst eine Anzahl von Tumoren der Gesichtsknochen — 1 Elfenbeinexostose der rechten Stirnhöhle, 5 Oberkiefer- und 2 Unterkiefergeschwülste —, sämmtlich von Interesse.

Fall 1. Exostose des Sinus frontalis; Exstirpation, Heilung.

24jähr. Mann hatte eine ca. hühnereigrosse, knochenharte Geschwulst, welche sich von der Nasenwurzel 2 Zoll nach aufwärts erstreckte und einen Ausläufer nach der rechten Orbita ausschickte. Rechter Bulbus nach vorn, unten und aussen gedrängt. Ein horizontaler Schnitt oberhalb der Augenbraue legte den Tumor blos, der sich als eine Elfenbeinexostose des Sinus front. herausstellte. Die Geschwulst wurde mit Meissel und Hebel stückweise entfernt. Heilung. Gelungene Abbildungen illustriren den Fall.

Fall 2. Zahncyste des rechten Oberkiefers. Extraction des Zahnes. Heilung.

12jähr. Mädchen. Alle Zähne gut ausgebildet. Nur der rechte obere Eckzahn fehlte. Mittlerer und rechtseitiger Schneidezahn nach rechts verschoben. In der Lücke zwischen letzterem und 1. Backzahn eine fluctuirende Geschwulst mit durchscheinendem Inhalt. Incision am Zahnfleisch eröffnet eine Cyste, in welcher ein wohl ausgebildeter Eckzahn sitzt. Nach der Extraction des Zahnes schloss sich die Cyste.

Fall 3. Fibrom des Oberkiefers. Excision, Heilung.

62jähr. Frau. Der ganze vordere und äussere Abschnitt des linken Oberkiefers wurde von einem sehr harten Tumor eingenommen. Bulbus vorgetrieben. Nasenhöhle und Palat. durum unbetheiligt. Diagnose auf gutartige Geschwulst gestellt. Nach Abtrennung der Weichtheile (Schnitt durch die Mitte der Oberlippe, in der Nasolabialfalte nach dem innerem Augenwinkel, von da am unteren Orbitalrande nach aussen, Fergusson) und Durchsägen der Proc. nasal. und zygomat sowie des Alveolarfortsatzes liess sich die Geschwulst leicht en masse herausheben. Heilung nach 16 Tagen. Der Tumor, ein Fibrom, ging von der Vorderwand der Highmorshöhle aus.

Fall 4. Fibrosarcom des Oberkiefers. Part. Resect. Heilung.

37jähr. Frau. Pat. hatte bereits in ihrem 13. Jahre ein erbsengrosses Knötchen am Zahnfleisch des rechten Oberkiefers bemerkt. Dasselbe wurde entfernt, erschien aber wieder. Im 23. Jahre liess sie es abermals exstirpiren und hat seitdem noch mehrfache derartige Operationen durchgemacht. Bei der Aufnahme war der ganze rechte Alveolar- und Gaumenfortsatz von einer höckerigen Geschwulst eingenommen, welche sich $1/2$ Zoll über die Mittellinie nach links erstreckte. Tiefe Einbuchtungen entsprachen dem Sitz der Zähne. Den Knochen schien der Tumor nicht durchsetzt zu haben.

B. spaltete die Oberlippe, schlug Wange und Nasenspitze nach oben und durchsägte den harten Gaumen in der Mittellinie. Nun wurde von der Nase aus der Knochen horizontal durchtrennt und die Geschwulst herausgedreht.

Fall 5. Riesenzellensarcom des Oberkiefers einen Zahn einschliessend. Dreimalige Operation, Heilung.

8jähr. Mädchen. Geschwulst nahm hauptsächlich den inneren Abschnitt des rechten Oberkiefers ein, hatte die Nase nach links, den harten Gaumen nach abwärts gedrängt. Der rechte obere Eckzahn fehlte. An seiner Stelle sass der seitliche Schneidezahn. Schnitt durch die Weichtheile wie bei Fall 3. Der nach Durchsägung der Knochenverbindungen exstirpirte Tumor enthielt neben anderen Verknöcherungen ein grösseres Knochenstück, in welchem der vermisste Eckzahn eingebettet lag.

2 Recidive erforderten wiederholte Operationen. Bei der letzten musste der harte Gaumen mit entfernt werden. Ein 3. Recidiv wird nicht erwähnt.

Fall 6. Medullarsarcom des linken Oberkiefers. Totale Resection. Heilung. Recidiv nach 4 Monaten.

Fall 7. Fibrom des Unterkiefers. (Abbildung.)

25jähr. Mann. Rechte Hälfte des Unterkieferkörpers war von einem harten, höckerigen Tumor eingenommen, der die Submaxillar- und Sublingualgruben vollkommen ausfüllte und auch in der Mundhöhle deutlich zu fühlen war. Backenzähne sämmtlich eingebettet. Geschwulst bestand seit 4 Jahren, wird auf ein Trauma zurückgeführt. Resection des Unterkiefers von der Mittellinie bis zum Winkel. Heilung.

Fall 8. Periostales Spindelzellensarcom des rechten Unterkieferastes.

20jähr. Mädchen. Geschwulst bestand seit 3 Monaten und hatte bei der Aufnahme beinahe den ganzen rechten Ast des Unterkiefers eingenommen. In den Mund ragte sie als schwammige Masse hinein. Die Zähne bis auf einen waren ausgefallen.

Exarticulation des Unterkiefers, Heilung. Recidiv im rechten Oberkiefer 9 Monate später. **Lossen** (Heidelberg).

A. Corley. Surgical reports and observations.

(The Dublin Journal of med. science 1874. November.)

Imperforate Rectum.

Ausgetragener, im Uebrigen gut ausgebildeter Knabe. Rectum verschlossen; ganze Analportion fehlt. An der unteren Seite des Penis in der Mitte zwischen Praeputium und Scrotum eine kleine Oeffnung, aus welcher sich bei starkem Drängen des Kindes einige Tropfen Meconium entleeren. Der enge Canal communicirt auch mit der Harnröhre — denn nach Einführung einer Sonde in die Blase entleert sich sowohl aus dem Ostium cut. urethrae als aus der Fistel Urin — scheint indessen gegen dieselbe klappenartig verschlossen zu sein, da kein Meconium aus der Harnröhre fliesst. Während die Sonde in der Blase liegen blieb, wurde eine zweite, feinere, in den Fistelcanal eingeführt und nun die Analpartie gegen den Blindsack des Rectums hin eingeschnitten. In einiger Tiefe fühlte man den Knopf der zweiten Sonde und incidirte. Es floss viel Meconium ab und eine dritte Sonde gelangte im Rectum hoch nach aufwärts. Nach 3 Tagen wurde die Oeffnung etwas vergrössert, so dass Katheter No. 10 bequem passiren konnte. Das Kind befand sich nach der Operation sehr wohl und ist es noch jetzt, $^3/_4$ Jahr nach derselben. Der künstliche After erfordert von Zeit zu Zeit ein Einkerben der Ränder und das constante Einführen einer dicken Bougie. Die Kothfistel hat Verf. noch nicht in Angriff genommen, da sie unter Umständen wieder als Wegweiser dienen könnte.

Lossen (Heidelberg).

G. Cremonesi. Sarcoma cistico interstiziale dell' utero simulante una cisti ovarica.

(Archivio di medic. chir. ed igiene Roma 1874. Nov. e Dc.)

Ein 52jähr. Weib leidet seit ungefähr 3 Jahren an einer Unterleibsgeschwulst in letzterer Zeit mit häufigen Metrorrhagieen. Die Geschwulst erstreckte sich bis über den Nabel. Umbilicalperipherie 98 Cm. Bei der Auscultation vernimmt man zeitweise ein leichtes Blasen. Die Geschwulst ist elastisch, fluctuirend. Die Uterinsonde dringt nur 2—3 Cm. tief ein. Diagnose: Ovarialcyste. Durch eine Punction wurden 2 Litres einer dünnen gelblichen, sehr eiweissreichen Flüssigkeit entleert (ob die Flüssigkeit gerann oder nicht, ist nicht angegeben, Ref.). Die Frau starb 5 Tage darauf unter Erscheinungen von Brechen, Durchfall und Blutflüssen. Bei der Section fand man die Uterushöhle sehr erweitert (verlängert) und in der vorderen oberen Wand des Uterus eine enorme Cyste, welche eine Flüssigkeit ent-

hielt, wie sie bei der Punction entleert wurde. Die Innenwand der Cyste zeigte polypöse Wucherungen. — Erscheinungen von Peritonitis von der Einstichsstelle ausgehend. **Menzel** (Triest).

Rouse. Case of popliteal aneurism.

(Clinical society 1874. Dec. 11. — Med. tim. and gaz. 1875. Jan. 9. p. 47.)

Die pulsirende Geschwulst bestand bei einem 42jähr. Manne seit 2 Jahren und füllte zur Zeit die ganze Kniekehle aus. Ligatur der Femoralis (wo?). Einen Monat später Gangrän des Fusses, nachdem schon vorher die Haut über der Geschwulst ulcerirt war. Amputation. Heilung. — Im Anschluss hieran theilen andere Fälle von Aneurysma mit:

1) **Barwell:** Fall von durch Berstung des Sackes diffus gewordenem Aneurysma, der unter der Diagnose eines bösartigen Tumors zur Amputation führte.

2) **Hewett:** Zwei verkannte Aneurysmen; ein Aortenaneurysma wurde für einen Psoasabscess gehalten, und ein nach Ligatur der Iliaca externa von neuem wachsendes Femoralaneurysma imponirte für einen Tumor.

3) **Baker:** Ein nicht pulsirendes Glutaealaneurysma wurde als vermeintlicher Abscess incidirt; Unterbindung der Iliaca communis, in zwei Tagen vom Tode gefolgt. Die Section ergab Caries der Synchondrosis sacro-iliaca und Ulceration eines Astes der Glutaea. **Ranke** (Halle).

H. Wepp. Case of aneurism of the aorta.

(The American Journal of med. science 1874. Oct.)

Die mit 3 Holzschnitten versehene Krankengeschichte ist in sofern von Interesse, als das Aneurysma 11 Jahre bestand, ohne der Patientin (bei dem Beginn der Erscheinungen 32 J. alt) erhebliche Beschwerden zu verursachen. Die Geschwulst hatte allmälig das Sternum usurirt und erschien an der vorderen Brustwand dicht unter der Haut. Hier trat schliesslich eine Berstung des Sackes ein, welche am 16. Tage den Tod zur Folge hatte.

Bei der Section fand sich, dass das Aneurysma $1\frac{1}{2}$ Zoll oberhalb des Ursprungs der Aorta begann und den ganzen Aortenbogen einnahm.

Eine beigefügte Tabelle enthält noch 17 Fälle von Aneurysma der Aorta thoracica, welche nach aussen durchgebrochen und geborsten waren. Der Tod erfolgte in den meisten nicht unmittelbar. **Lossen** (Leidelberg).

P. Landi. Duplice legatura della femorale per aneurysma traumatico della tibiale anter.

(Il Raccoglitore med. 1875. No. 3.)

Ein 15jähr. Knabe wurde von einem Mitschüler mit einem Federmesser in der oberen Hälfte des Unterschenkels verletzt. Die Stichwunde heilte per primam, doch bildete sich sehr bald ein grosses Aneurysma der art. tibialis antica. Ungefähr 3 Monate später Unterbindung der femoralis über dem Adductorenschlitz. Abfall der Ligatur nach 16 Tagen — zwei Tage später heftige Nachblutung. Sofort Unterbindung im Trigonum ileo-pectineum. Abfall der Schlinge am 20. Tage. Schnelle Heilung beider Wunden sowie des Aneurysmas, vollkommene Gebrauchsfähigkeit der Extremität. **Menzel** (Triest).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 19. **Sonnabend, den 8. Mai.** **1875.**

Ponfick. Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Transfusion.

(Virch. Archiv Bd. LXII. p. 273.)

Die Untersuchungen P.'s verdienen in hohem Maasse Beachtung. Wenn es auch nicht erlaubt sein wird, aus den für einige Thiere, vor allem den Hund festgestellten Ergebnissen sogleich Schlüsse für den Menschen zu ziehen, Thatsachen, die an Gesunden gewonnen sind, für die Pathologie zu verwerthen, so lernen wir doch aus der vorliegenden Arbeit auch für die praktische Ausführung der Transfusion wesentlich mehr, als aus vielen der langathmigen Berichte über menschliche Transfusionen, mit denen die medicinischen Journale der letzten Jahre angefüllt worden sind.

Bei jeder Art von Blutüberleitung muss der mechanische Effect in's Auge gefasst werden, den eine erhebliche Vermehrung der das Gefässsystem füllenden Flüssigkeit hervorrufen muss. Es muss dann

die chemische Wirkung beachtet werden, in sofern etwaige besondere Qualitäten des zugeführten Blutes ihrerseits in Frage kommen.

Die Folgen einer plötzlichen Steigerung des in dem Blutgefässsystem enthaltenen Flüssigkeitsquantums wurden experimentell erforscht durch Einleitung theils von indifferenten Salzlösungen, hauptsächlich aber von künstlichem Serum (1 % Kochsalzwasser und Hühnereiweiss) und von präformirtem, natürlichem Serum (gewonnen aus Lammblut). Der Organismus erwies sich, wenn nur die Einleitung langsam und unter gleichmässigem Druck vorgenommen wurde, ausserordentlich tolerant. Die z. B. beim Hunde (Vermehrung des ursprünglich vorhandenen Blutquantums um die Hälfte) hervorgerufene acute Plethora bewirkte keinerlei ernste Störungen. Mässige Oppressionserscheinungen gingen rasch vorüber, die Thätigkeit der Nieren wurde eher vermindert als erhöht. Die Haut zeigte keinerlei Steigerung ihrer gewöhnlichen Functionen. Es fanden sich nicht die von Anderen beobachteten serösen oder blutigen Transfusionen in seröse Höhlen und Bindegewebe. Nur bei Einleitung von künstlichem, nicht von natürlichem Serum trat für einige Tage Eiweissgehalt des Urins auf. Die überschüssig eingeführte Flüssigkeit wird also ein integrirender Theil der Blutmasse.

P. ist durch seine experimentellen Erfahrungen überzeugt worden, dass defibrinirtes und ganzes Blut in dieser Beziehung für die Transfusion durchaus gleichwerthig sind.

Die Transfusion gleichartigen Blutes, genommen von Individuen derselben Thierspecies, ist fast völlig unschädlich. Niemals tritt nach derselben Eiweiss im Urin oder Hämaturie auf. Es ist anzunehmen, dass die Blutkörperchen in ihrer weitaus überwiegenden Mehrzahl im fremden Organismus unverändert bestehen bleiben. Den nach starken Blutverlusten folgenden Störungen ist somit durch die Zufuhr gleichartigen Blutes auf's Wirksamste zu begegnen.

Die Befunde anderer Experimentatoren, die nach Einführung sowohl von indifferenten Salzlösungen als von gleichartigem Blut unglückliche Resultate hatten, erklärt P. durch das von jenen angewandte Verfahren brüsk ausgeführter Einspritzungen, durch die Einführung colossaler Blutmengen bei vollständiger Substitution des Blutes, durch die abnormen Verhältnisse, wie sie die Ueberführung vom Blute eines vollkräftigen Thieres aus der Hauptarterie in die Vena jugularis und das rechte Herz bedingt, durch Embolieen von Luftblasen, von feinsten Fremdkörpern und gröberen in der Kanüle oder dem eingebundenen Gefässstück entstandenen Gerinnseln.

Ungleichartiges Blut wirkt nach P. in grossen Dosen tödtlich, in mittleren schädlich. Nur sehr kleine Dosen vermag der Organismus ohne wesentliche Schädigung zu ertragen. Nutzbringend kann ungleichartiges Blut nur durch sein Plasma und seine farblosen Elemente sein. Die Giftigkeit jeder andersartigen Blutsorte wird durch Transfusionen an Hausthieren, die 16 Austauschcombinationen umfassen (Lamm, Hund, Katze, Kalb, Schwein, Kaninchen, Huhn, Ente)

wahrscheinlich gemacht. Die Dauer und die Intensität der Vergiftungssypmtome stehen im Grossen und Ganzen in constantem Proportionalitätsverhältniss zu der empfangenen Blutmenge. — Hunde wurden bei indirecter Lammbluttransfusion getödtet durch ein Quantum, welches im Verhältniss von 1 : 72 zu ihrem Körpergewicht stand. Die Sauerstoffträger des transfundirten ungleichartigen Blutes gehen nach P. in ihrer weit überwiegenden Anzahl, höchst wahrscheinlich sogar sämmtlich zu Grunde. Das hierbei frei werdende Hämoglobin gelangt in das Plasma und mit ihm in alle Organe und Gewebe des transfundirten Thieres. Im günstigen Fall wird der weitaus grösste Theil durch den Harn, ein kleinerer vielleicht durch die Darmsecrete ausgeschieden. Die Nieren, denen die Eliminirung zufällt, vermögen dies nur für kleine Quantitäten ohne eigene Beeinträchtigung. Grössere Massen bewirken stürmische Entzündungszustände, reichliche Exsudation in die Lumina der Harnkanälchen, secretorische Insufficienz der Nieren und vollständige Stockung der Harnbereitung. Aeusserst wahrscheinlich werden auch andere Organe ausser den Nieren, wenn gleich mehr vorübergehend, in Mitleidenschaft gezogen.

Besondere Beobachtung verdient die Hämaturie. Das Auftreten derselben ist nicht auf die infolge der Transfusion gesetzte Vermehrung der Blutmenge zurückzuführen. Selbst ein depletorischer Aderlass vermag nicht zu verhindern, dass ungleichartiges Blut Hämaturie hervorbringt. Bei Hämaturie nach Transfusion vermag das Mikroskop keine Spur von rothen Blutkörperchen im Urin nachzuweisen. Dagegen zeigt das Spectroskop in ausserordentlich grosser Menge Hämoglobin. Es handelt sich also nicht um Hämaturie, sondern Hämoglobinurie. Anders lautende Befunde beruhen auf zufälliger Beimengung von Blut. Die Hämoglobinurie entsteht wahrscheinlich durch das Zugrundegehen sämmtlicher gefärbter Elemente des transplantirten Blutes. Ihre Intensität und Dauer hängt bei ein und derselben Blutart ausschliesslich von der Höhe der transfundirten Dosis ab; sie tritt jedoch schon nach äusserst geringen Dosen auf. Nur kleine Quantitäten von Hämoglobin können im Process des Stoffwechsels verzehrt werden.

Madelung (Bonn).

J. Chadwick. Fall von directer Transfusion.

(Boston med. and surg. Journal 1875. p. 33.)

Bei einer 23jähr. Frau, welche bald nach der Geburt und in den nächsten 9 Wochen heftige Blutungen gehabt und jetzt das Bild der hochgradigsten Anämie zeigte, wurde bei eingetretenen Symptomen extremster Schwäche die directe Transfusion von Vene zu Vene mittelst Aveling's Apparat gemacht. Es erfolgten bei der 6. Ueberleitung Uebelkeit, Kreuzschmerzen und Herzklopfen, Puls 118; bei der 11. wird der Puls voller und sinkt auf 108; von der 15. ab arbeitet der Ballon schwerer; 22 Ueberleitungen wurden gemacht. Während der Transfusion blieben das starke, anämische Geräusch, die Athmung

und die Herzaction ungeändert. 16 Stunden später ein starker, eine Stunde dauernder Frost, Temperatur um 3,07° F. erhöht; eine mehrfach aus der eröffneten Vene aufgetretene Blutung wird nach 12 Stunden bei erneuter Nachblutung von 4—5 Unzen durch Ligatur sistirt. Erbrechen, Delirium, Coma. Tod 25 Stdn. nach der Operation. Section: Hautdecken sehr blass; acute Pachymeningitis int., Lungenödem; zahlreiche gelbe Flecke im linken Ventrikel durch $^2/_3$ seiner Dicke reichend, dieselben aber weniger im rechten Ventrikel vorhanden (mikroskopisch als fettige Degeneration nachgewiesen); Urin in der Blase enthält Cylinder, 1% Eiweiss, Hämatin, sparsame Blutkörper (1 in 6 Objecten). Nirgends frische Thromben.

Verf. ist geneigt, als causa proxima des Todes die zu grosse Transfusionsmenge von 11 Unzen anzusehen, indem bei der dadurch herbeigeführten Ueberfüllung und excessiven Gefässspannung (dem ist in Wirklichkeit nicht so, Ref., cf. Centralbl. 1874, No. 8, p. 128 ff.) das schon erkrankte Herz eine gewaltige Ueberanstrengung und Ausdehnung seiner Höhlen erfahren habe (dennoch zeigte während der Transfusion die Herzaction angeblich gar keine Alteration, Ref.). Der Voraussetzung entgegen fasste der Ballon die doppelte Menge, so dass die beabsichtigte Menge von 6 Unzen, über welche Ch. nie hinausgehen will, fasst verdoppelt wurde. Mit Recht ist Verf. in neuerer Zeit davon zurückgekommen bei chronischen Krankheiten, die mit Herzverfettung verbunden sind, zu transfundiren; doch sollte der Beweggrund hierfür nicht die Gefahr der Transfusion, sondern die Unzulässigkeit und Nutzlosigkeit sein; seltsam aber ist der Rath, wenn man in solchen Fällen dazu schreitet, kleine Ueberleitungen von 2 Unzen mehrfach zu wiederholen, resp. bei grösserer Ueberleitung einen depletorischen Aderlass zu instituiren. **Pilz** (Stettin).

Lossen. Studien und Experimente über den Mechanismus der Brucheinklemmung.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 3. p. 472—486.)

Dieser zweite Aufsatz, eine Fortsetzung und Ergänzung der im Centralblatt für Chirurgie 1874, No. 4 und Arch. f. klin. Chirurgie, Bd. XVII, Hft. 2, p. 301 gegebenen Darstellung, beschäftigt sich, die Richtigkeit des von L. verfochtenen Einklemmungsmechanismus vorausgesetzt, mit der Frage, welcher Druck auf der incarcerirten Schlinge und dem darüber liegenden (zuführenden) Darme lastet, welchen absoluten Werth derselbe erreichen kann und welche Gründe dagegen sprechen, diesen Binnendruck durch einfache Compressionstaxis zu überwinden, d. i. die Darmschlinge durch von aussen einsetzenden Druck zu reponiren.

Als Widerstände, welche sich dem Verschieben der Darmcontenta entgegenstellen, müssen ausser der Viscosität des Darminhalts selbst in erster Linie genannt werden: der Faltenreichthum der Schleim-

hautoberfläche, die temporären durch Peristaltik erzeugten Darmverengerungen, endlich die bleibenden durch die Bruchpforten bedingten Stenosen.

Infolge dieser Momente wird sich, sobald das abführende Darmende geschlossen ist, an jedem Querschnitt der Schlinge und des zuführenden Darmendes ein Binnendruck herstellen, welcher gleich ist der Summe der Reibungswiderstände in dem oberhalb des Querschnitts gelegenen Darmstücke. Dieser Druck wird mit der Länge des zuführenden Stückes wachsen; er muss deshalb am unteren Rohrende nahe der Verschlussstelle am höchsten sein und nach oben hin stetig bis 0 abnehmen; er muss endlich mit jeder weiteren Anstauung des Darminhalts, d. h. mit der Dauer der Einklemmung zunehmen.

Der absolute Werth desjenigen Druckes, welcher sämmtlichen Reibungswiderständen das Gleichgewicht hält, beträgt für 100 Cm. nirgends stenosirter Darmlänge und dickflüssigen Inhalt $3^1/_2$ Cm. Hg. Diese Zahlen gelten auch für den am Mesenterium hängenden, ganz in der gewöhnlichen Weise gewundenen Darm; sie verdoppeln und verdreifachen sich, wenn der Querschnitt der Bruchpforten verringert, deren Länge vermehrt wird (die Zahlen wie die Versuchsanordnung s. im Original).

Man würde nun sehr irren, glaubte man durch äussere Compressionsmanoeuver, bei denen man den constanten Darmbinnendruck mehr oder weniger zu überbieten sucht, die angestaute Kothsäule in jedem Falle sicher verschieben zu können. Dies verhindern, abgesehen von den eben angegebenen, eine Steigerung des Darmbinnendrucks in raschen Progressionen bedingenden Momenten, zunächst die Elasticität der Weichtheillager, welche zwischen der angreifenden Kraft und der zu verschiebenden Kothsäule sich einschieben, sowie diejenigen druckmindernden Factoren, welche aus der Unmöglichkeit den Bruch genügend zu umfassen, der event. unvollkommenen Druckrichtung der reponirenden Hand u. s. w. entspringen, endlich die Festigkeitsverhältnisse des Darmes selber. (Der frische Schweinedünndarm platzt bei einem Drucke von 20—25 Cm. Hg.) Es scheint deshalb rationeller als die Compressionstaxis diejenige zu sein, welche durch Seitwärtsbewegungen das abführende Darmende zu öffnen strebt. **Wilh. Koch** (Berlin).

Bruberger. Zur Technik der Amputationen und der künstlichen Glieder, im Anschluss an eine geheilte Tripelamputation.

(Vortrag, gehalten in der Berl. militärärztl. Gesellschaft am 21. Novbr. 1874. — Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1875. Hft. 1.)

Einem jungen Manne, welcher infolge Ueberfahrens von der Eisenbahn ausser mehrfachen schweren Verletzungen an den Gliedmassen noch eine grosse Lappenwunde am Kopfe mit Depression des

Schädels erlitten hatte, wurden unmittelbar nach der Katastrophe im Augusta-Hospital der rechte Oberschenkel in der Mitte, der linke Vorderarm und der linke Fuss im Chopart'schen Gelenk in einer Sitzung abgesetzt. Die letztere Operation musste später in einen Blasius (Absägung des Taluskopfes) verwandelt werden. Künstliche Blutleere; Unterbindung mit Catgut, Verband nach Lister; Heilung.

Die Amputationsmethode am Oberschenkel bestand in der Bildung eines vorderen Lappens mit Periosttransplantation, nach v. Langenbeck (Berl. klin. Wochenschrift 1870, Hft. 13) und Wahl in Essen. B. empfiehlt hierbei, das Periost in Verbindung mit den Weichtheilen zu lassen, da dasselbe so viel weniger leicht gangränös werde und der Retraction der Weichtheile ein stärkeres Hinderniss entgegensetze.

Hinsichtlich der Erfindung und Anfertigung künstlicher Gliedmassen findet er die deutschen Mechaniker hinter Engländern und Amerikanern noch weit zurück. Dem berühmten anatomischen Bein Bly's, in welchem ein um mehrere Axen bewegliches Fussgelenk durch eine in einer Kautschukpfanne sich bewegende Glaskugel hergestellt und die zugehörigen Muskeln und Sehnen durch entsprechend verlaufende elastische Bänder nachgeahmt sind, kommt noch das künstliche Bein des Berliner Instrumentenmacher's Geffers (Schiffbauerdamm 2) am nächsten; hier ist neben der vollen Beweglichkeit im Fussgelenk die Elasticität des Fusses beim Abwickeln der Sohle dadurch bedeutend erhöht, dass der nach einem Gypsabguss gebildete Fuss bis über die Malleolen aus vulcanisirtem Kautschuk besteht und hohl ist.

(Näheres über die Geschichte der Prothese in der kleinen Schrift von Dr. E. Meier: »Ueber künstliche Beine«, mit 24 Holzchnitten; Berlin 1871.)

Arn. Hiller (Berlin).

J. Schtscherbinenkoff. Secale cornutum gegen vermehrte Milchsecretion und Entzündung der Brustdrüse.

(Sitzungsberichte der Gesellschaft russischer Aerzte in Moskau 1874. No. 13. p. 158.)

Verf. machte in einer Raphanie-Epidemie im Simbirski'schen Gouvernement die interessante Beobachtung, dass unter den Symptomen der Mutterkornvergiftung — die Verminderung, oder das vollkommene Sistiren der Milchsecretion bei stillenden Frauen nicht selten beobachtet wird. Dieselbe Erscheinung bemerkte er bei Kühen, welche mit Mutterkorn enthaltendem Mehle, oder mit schlecht ausgedroschenem Stroh, in dessen Aehren noch Mutterkorn enthalten war, gefüttert wurden. Da eine Anhäufung von Milch in den Milchgängen als Hauptursache der Mastitis parenchymatosa betrachtet wird, so machte Verf. von benannter Beobachtung in vielen Fällen von Milchanhäufung, von incipirender Mastitis, Gebrauch. In zwei Fällen von Mehrgebärenden, die in jedem Puerperium an Mastitis sup-

purativa litten, gebrauchte Verf. mit dem besten Erfolge Secale cornutum, sobald er bei ihnen Anschwellung der Drüsen, bedingt durch starken Milchandrang, bemerkte. Gleichfalls gebrauchte er Secale cornutum mit Chinin (ää gr V—X, 2, 3 Mal täglich) in Fällen von sogenanntem Milchfieber. Ausser im Puerperium wandte Verf. dasselbe Mittel auch sonst bei Anschwellung der Brustdrüsen mit fieberhafter Reaction und erschwerter Milchabsonderung an und erreichte stets vollständige Resolution. Bei Entwöhnung des Kindes von der Brust gebraucht Sch. Secale cornutum, um möglichst schnell die Milchsecretion zu unterdrücken, ebenso in Fällen, wo anderer Ursachen wegen die Ernährung sistirt werden musste. Verf. gab 5—7 Tage hindurch bis zu 1 Drachme Secale cornutum täglich, ohne unangenehme Folgen zu beobachten. **W. Grube** (Charkow).

Delens. Des fractures du corps de la clavicule par contraction musculaire.

(Arch. générales de médecine 1875. No. 3.)

D. hatte schon in einem früheren Aufsatz (Arch. gén. de méd. 1873, No. 5) darauf hingedeutet, dass ein grosser Theil der Fracturen des inneren Endes der Clavicula durch Muskelzug producirt werde.

Von Fracturen des Körpers desselben Knochens konnte Verf. 19 zusammenstellen, wo die gleiche Ursache nachzuweisen war.

Die Dislocation ist im Allgemeinen gering; meist war die rechte Clavicula getroffen. (cfr. Nancrede, Centralbl. f. Chir. 1874, p. 575.)

Zu dieser Art der Fractur scheinen dyscrasische Zustände besonders zu disponiren; 5 Mal liess sich Lues, 2 Mal Malaria als gleichzeitig vorhanden nachweisen. **Girard** (Strassburg i/E.).

Odebrecht. Ueber die Amputation des Gebärmutterhalses.

(Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. III. Hft. 2.)

Die Arbeit stützt sich auf ein Material von 99 Amputationen der Vaginalportion aus der Klinik und Privatpraxis des Prof. Hegar, welche sich auf die verschiedenen Erkrankungen folgendermassen vertheilen: 15 Fälle von Carcinom, 11 von papillären Ulcerationen um den Muttermund, 25 von einfacher circulärer Hypertrophie der Vaginalportion, 17 Fälle als Voroperation des prolapsus uteri, 31 Fälle von Elongation und Conicität des Cervix mit Verengerung der Orificien oder des ganzen Canals mit Dysmenorrhoe und Sterilität. — Die trichterförmige Excision aus dem supravaginalen Theil des Cervix betraf die Fälle von Carcinom und Prolaps der Gebärmutter. Im letzteren Fall kann man auch eine Lippe nach der andern entfernen. Wenn auch Bauchfellverletzungen (ausser beim Carcinom) nicht eben häufig sind, so ist doch äusserste Vorsicht geboten.

Operirt wurde meist mit Messer und Scheere in der Sims'schen Seitenbauchlage, nur beim totalen Prolaps des Uterus in der Rückenlage.

Nach der Amputation ist die Wundfläche durch die Naht zu umsäumen, welche nur Vortheile darbiete und die bisherigen Nachbehandlungsmethoden ersetzen soll. Zweck dieser Naht ist die Heilung per primam und die Behinderung einer stärkeren Blutung. Die Nähte (8—15) werden rund um den Muttermund gelegt in der Richtung von Radien eines Kreises, dessen Peripherie der Umfang des Cervicalstumpfes, dessen Mittelpunct im Canal liegt. Blutet es stärker, so sind sie ganz und zuweilen tief unter dem Grund der Wunde durchzuführen; bei den anderen Nähten lässt man den Faden in der Mitte auf eine kurze Strecke sichtbar werden. Nach der trichterförmigen Excision ist die Naht dieselbe, nur schwieriger, und erfordert dazu passende Instrumente (s. Original).

In Verbindung mit der Amputation des Scheidentheils wurde 31 Mal auch die bilaterale oder sagittale Discision ausgeführt, welcher die Umsäumung durch die Naht so folgte, dass auch an den Discisionsschnitten Vaginal- und Cervicalrand mit einander verbunden wurden (s. die schematische Abbildung).

Die mit diesem Verfahren erzielten Resultate schildert Verf. als sehr erfreuliche (nur 1 Todesfall). Unter ihnen ist eine Kranke hervorzuheben, die nach der trichterförmigen Excision wegen Carcinom der Vaginalportion nach $3^1/_2$ Jahren noch am Leben war. Im Interesse einer Reihe von Einzelheiten bei der Operation ist auf das Original zu verweisen.

Leopold (Leipzig).

L. Labbé. De l'emploi de la galvanocaustique thermique dans le traitement des tumeurs epitheliales du col de l'uterus.

(Annales de gynécologie Paris, Mars 1874.)

Verf. fasst die Vorzüge der galvanocaustischen Schneideschlinge vor den anderen Methoden in folgenden Punkten zusammen:

1) Die Entfernung mit ihr ist so schnell (30—40 Secunden), dass Anästhesirung der Kranken nicht nothwendig ist.

2) Ungeachtet der Schnelligkeit der Trennung ist die Schnittoberfläche so glatt und blutleer, dass man vor einer nachfolgenden Blutung geschützt ist (hinreichend widerlegt, Ref.).

3) Der Platindraht ist so biegsam, dass man ihn ohne besondere Schwierigkeit anwenden kann, ohne den Uterus herabziehen zu müssen.

4) Die Art der Anlegung des Drahtes unterscheidet sich in Nichts von den bisher geübten Verfahren; wohl aber die Art der glühenden Durchschneidung. Hierbei schraubt Verf. durch eine bestimmte Vorrichtung die Schlinge, während sie glüht, immer weiter ein, so dass sie nach Abtrennung der Geschwulst sich vollständig zurückgezogen hat. Hierauf erfolgt eine kalte Vaginalinjection und zur Vorsicht legt man auf die Amputationsfläche einen mit Eisenchloridlösung getränkten Tampon.

Leopold (Leipzig).

Hildebrandt. Ueber Behandlung der Uterusfibrome und -myome durch subcutane Injectionen von Ergotin-Lösungen.

(Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. III. Hft. 2.)

Verf. tritt von Neuem, nachdem eine Reihe ungünstiger Erfahrungen und Resultate mit den Ergotininjectionen in der jüngsten Litteratur laut geworden sind, für seine von ihm zuerst empfohlene Behandlungsweise der Uterusmyome ein und referirt über ein reiches Material von Fällen, die zum Theil sehr günstige Erfolge aufzuweisen haben.

Er theilt das Material in drei Gruppen:

1) 5 Fälle mit Beseitigung der Symptome und Verkleinerung des Tumors.

2) 9 Fälle, in denen wenig zur Verkleinerung des Tumors beigetragen, dagegen erhebliche Besserung der Symptome erzielt wurde.

3) 2 Fälle, in denen gar kein Einfluss der Injectionen stattfand, weder auf den Tumor selbst, noch auf die Symptome.

»Fasst man die Momente zusammen«, so resumirt Verf., »welche für den Eintritt der Resorption bedingend sein müssen, so ergiebt sich, dass ein Fibromyom des Uterus dann am schnellsten durch Ergotininjectionen zur Verkleinerung gebracht werden wird:

1) wenn seine Consistenz die eines prall-elastischen muskelreichen Fibroms ist,

2) wenn sein Sitz submucös,

3) wenn die Wandungen des Uterus gesund, contractionsfähig, nicht durch Ausspannung verdünnt, und nicht durch Exsudate starr geworden sind; und wenn keine Peri- und Parametritis in der Umgebung vorhanden ist«.

Leopold (Leipzig).

Dolbeau. De l'état de la lithotritie perinéale en France.

(Bulletin général de thérapeutique Vol. LXXXVI. No. 1, 2, 3, 7.)

In diesen unter brieflicher Form verfassten Aufsätzen unternimmt D. eine nochmalige Vertheidigung und Empfehlung der perinealen Lithotritie, ohne jedoch neue oder entscheidende Argumente anzuführen.

Er constatirt, dass mehrere Chirurgen in letzterer Zeit anfingen, sich der Methode zu bedienen; die Erfolge waren stets zufriedenstellend. Was die gesammten Erfahrungen anbetrifft, die bis jetzt gemacht werden konnten, so ermuthigen sie zur weiteren Nachahmung. Von 55 bis jetzt gesammelten Fällen verliefen 44 günstig.

Verf. betont übrigens, dass er die gewöhnliche Lithotritie und den Steinschnitt durchaus nicht absolut verdrängen will. Für die erstere soll man alle Blasensteine von weniger als 2 Cm. Durchmesser reserviren, während die Lithotomie bei sehr harten und sehr grossen

Steinen allein indicirt ist. Zwischen diesen Extremen aber werden diese beiden Methoden von der perinealen Lithotritie übertroffen.

Girard (Strassburg i/E.).

G. Wackerhagen. A new method of applying plaster of Paris for fracture of the bones of the leg.

(New York med. Journal 1874. Octbr. No. 115. p. 367.)

Die mitgetheilte »neue« Methode des Gypsverbandes bei Unterschenkelfracturen ist nichts als eine Art des bekannten zweischaligen Gypsverbandes, durch welchen das Eröffnen und Wiederanlegen des Verbandes erleichtert werden soll. Nach der Angabe des Verf.'s bestehen die beiden seitlichen Hälften aus je 3 Lagen von Flanell, welche nach dem Muster eines bis zum Knie reichenden Strumpfes geschnitten und nach Art der Gypskataplasmen applicirt werden. Zum Zwecke grösserer Eleganz erhält der Verband einen Schellaküberzug. Der Verband kann in 3—5 Minuten entfernt werden.

P. Bruns (Tübingen).

Bouley und **Hanot.** Note sur un cas d'ostéomalacie.

(Brown-Séquard's Arch. de phys. 1874. p. 634—63.)

In einem Falle von exquisiter Osteomalacie bei einem Erwachsenen, dessen Krankengeschichte ausführlich mitgetheilt wird, haben die Verf. eine sorgfältige histologische Untersuchung des Knochenapparates vorgenommen. Bemerkenswerth ist insbesondere der Befund am Knochenmark, das nach diesen Autoren in Uebereinstimmung mit den Angaben von Virchow u. A. den Ausgangspunkt der pathologischen Veränderungen bildet. Die hier und da constatirten Veränderungen in den Dimensionen, in Form und Inhalt der Knochenkörperchen betrachten sie als secundär; in diesem Falle war eine Alteration derselben kaum vorhanden. Nach B. und H. entwickelt sich im Knochenmark ein neues Gewebe, das die intertrabeculären Räume erfüllt und dessen Beschaffenheit variirt, je nachdem es sich um rothes oder gelbes Mark handelt; die Knochen des Rumpfes und der Extremitäten zeigen in dieser Beziehung eine nicht unerhebliche Differenz. In den Knochen des Rumpfes (Wirbel, Rippen, Schädel) sind die Markräume vergrössert; sie werden von embryonalen Zellen und einem mehr oder weniger faserigen Bindegewebe erfüllt; nirgends findet sich eine Spur von Fett. In den Knochen der Extremitäten besteht das Markgewebe ausschliesslich aus Embryonalzellen und Fettbläschen (?). Die constante Anwesenheit von jungen Zellen lässt daran denken, dass die Veränderungen durch einen entzündlichen Process zu Stande gekommen sind, der seiner Wirkung zufolge als rareficirende Ostitis aufzufassen wäre, eine Anschauung, zu der auch andere Autoren neigen. Es spricht im vorliegenden Falle für diese Ansicht auch der klinische Verlauf der Affection, der in mehreren

acuten und subacuten, mit Fieber und bedeutender Schmerzhaftigkeit verbundenen Schüben erfolgte. Der Urin des Kranken zeigte zu keiner Zeit eine Vermehrung der Kalksalze, auch nicht der anderen anorganischen Bestandtheile. Bei der Autopsie fand sich in den Nierenbecken, den Ureteren und der Rindensubstanz der nicht unerheblich vergrösserten Nieren eine beträchtliche Menge Harngries vor; die Harnblase enthielt Steine von Haselnuss- und Wallnussgrösse. Sowohl der Harngries als die Blasensteine enthielten nach der Analyse von A. Robin die hauptsächlichen anorganischen Bestandtheile der Knochen; Harnsäure war darin nicht nachweisbar.

J. Munk (Strassburg i/E.).

D. Mollière. Note sur l'application de l'ischemie incomplète aux opérations qui se pratiquent sur les tendons.

(Séance de la Soc. de Chir. 1874. 25. Nov.)

An einem Individuum, das sich 1 Monat zuvor die beiden Strecksehnen des linken Zeigefingers durchschnitten hatte, machte M. die secundäre Sehnennaht mit Metalldraht unter Anwendung des Esmarch'schen Verfahrens. Die Streckfunction wurde völlig wiedet hergestellt.

Hierbei fand M. das Aufsuchen der Sehnenenden bei absoluter Ischaemie sehr schwierig. Er wandte daher in den folgenden Fällen von Sehnen- und Muskelverletzungen, die er beschreibt, das Esmarch'sche Verfahren nur unvollständig an, wodurch sowohl das Unterscheiden der Gewebe, als auch das Auffinden etwaiger blutender Gefässe wesentlich erleichtert wird. Unter den beschriebenen Fällen ist einer, wo M. durch Wiederherstellung der Continuität der Sehnenscheide angeblich eine Regeneration der Sehne, aus welcher ein 3 Cm. langes Stück ausgeschnitten war, erreichte.

Fr. Steiner (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Vibert. Methode zur Wundvereinigung nach Exstirpationen.

(Lyon méd. Vol. XVII. p. 453.)

In einem sehr breit gehaltenen Artikel empfiehlt der Verf. nach Exstirpationen, besonders der Brustdrüse, die erste Vereinigung durch eine der Azam'schen (cf. Centralbl. 1874, p. 406) Naht-Weise fast gleichen, von ihm aber schon längere Zeit geübten Methode zu versuchen. Die Blutstillung wird nicht durch Ligaturen, sondern durch angelegte serre-fines erzielt, die bei Anlegung der Nähte gradatim entfernt werden. Auf diesem Wege will V. bisher immer, wenn nicht prima reunio, doch complete Vernarbung bis spätestens am 20. Tage erzielt haben; erstere soll nur ausgeblieben sein: 1) bei nicht genauer Adaptirung der Ränder, 2) bei sehr fetten Personen und 3) bei sehr dünnen Lappen magerer Personen.

Pilz (Stettin).

V. Scheuer. Un chapitre de chirurgie conservatrice.

(Bruxelles, H. Manceaux. 1874. p. 108. 3 planches. 8.)

S. empfiehlt bei compl. Fracturen, Gelenkwunden und ähnlichen schweren Verletzungen einen Apparat von folgender Construction: 5 Bretter werden zu einer

Lade so zusammengefügt, dass 2 derselben am dem Fussende ein ⊥ bilden, an welchem sich die 3 anderen längeren, und zwar das Unterbrett, für die Ferse mit einer ovalen Oeffnung versehen, und die beiden schmalen Seitenbretter, stellbar befestigen lassen. In die Lade wird nun die mit Watte umwickelte, nur an der verletzten Stelle frei gelassene Extremität hineingelegt und durch um das Ganze gelegte Gurte zwischen den Brettern unbeweglich festgehalten.

In 7 Fällen obengenannter Verletzungen sind, wie die ausführliche Casuistik erweist, günstige Resultate erzielt worden. **Arn. Hiller** (Berlin).

K. Nicoladoni. v. Dumreicher's Methode zur Behandlung drohender Pseudarthrosen.

(Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 5, 6 u. 7.)

Nach obiger Methode sollen Pseudarthrosen, die eben erst entstehen, durch Circulationshemmungen in loco geheilt werden. Letztere werden mechanisch bewirkt durch Keile, welche mit ihrer Basis nach der Fracturstelle sehend, oberhalb und unterhalb derselben so gelegt werden, dass je zwei sich mit der Basis gegenüberstehen und einen gewissen Raum zwischen sich frei lassen. Heftpflasterstreifen befestigen die Keile und eine von der Spitze des Gliedes her angelegte Rollbinde drückt sie fest. Die Wirkung soll eine durch Stauungshyperämie bedingte Schwellung der zwischen den Keilen gelegenen Weichtheile sein. Je nach dem Falle wird man einen oder mehrere Tage lang die Keile liegen lassen, mehr oder minder oft die Procedur wiederholen. Bemerkt man hinreichende Callusbildung, so legt man einen Gypsverband an. Einige casuistische Mittheilungen illustriren die Methode. Ein Fall, in dem man zwei Knochenabscesse aufmeisselte, wird, da die Tiefen der Abscesshöhlen zu überblicken waren, als Beweismittel benutzt, dass die Circulationsstörungen bis in den Knochen hinein sich erstreckten.

v. Mosengeil (Bonn.)

Thurn. Nachtrag zu den in No. 32 (der Berl. klinischen Wochenschrift 1874) mitgetheilten Lammbluttransfusionen.

Berl. klin. Wochenschrift. No. 52.)

In rühmenswerther Weise bekennt Verf., dass bei seinen 4 Transfusionsfällen (Phthise) (cf. Centralbl. f. Chir. 1874. p. 437) nur eine kurze Besserung erzielt worden sei. Nach 2—8 Wochen trat dann meist ein so rapider Verfall der Kräfte ein, dass Th. selbst annimmt, die Transfusion habe in keinem der Fälle eine Verlängerung des Lebens bewirkt. Obige Erfahrungen, sowie diejenigen an ähnlichen Fällen beobachteten, ermuthigen Verf. nicht zu weiteren Versuchen.

v. Mosengeil (Bonn).

Krzykowski. Eine Bluttransfusion mit gutem Erfolg.

(Przegląd lekarski 1875. No. 2, polnisch.)

Eine 33jähr. Bäuerin verlor viel Blut infolge von Abortus. Den 2. Tag wurde sie in's Spital gebracht und die Placenta herausbefördert. Da aber dennoch der Uterus sich nicht zusammenzog und die Blutung bei der ohnehin schon äusserst anämischen Person weiter bestand, wurde zur Transfusion geschritten. Das von einer gesunden Frau gespendete Blut wurde defibrinirt, erwärmt und in einer Menge von 5 Unzen (150 gr.) vermittelst einer gewöhnlichen neuen Wundspritze in die vena cephalica hineinbefördert. Der Puls wurde voller — ein halbstündiger Frostschauer folgte — die Blutung stand gleich — der Uterus zog sich zusammen. Am 8. Tage wurde die Wunde per primam geheilt gefunden.

Obaliński (Krakau).

Porter. Partielle Resection beider Oberkiefer wegen Enchondrom.

(Boston med. and surg. Journal 1875. p. 18.)

Der sonst gesunde 51jähr. Mann bekam vor 9 Jahren die ersten Entzündungserscheinungen an den oberen mittleren Schneidezähnen (künstliche Stiftzähne) mit nachfolgender Nekrose der entsprechenden Alveolen. Bald entwickelte sich eine langsam wachsende Geschwulst, die jetzt vom 1. Backzahne der einen Seite zu dem der anderen Seite reichte und Oberlippe nebst Nase unförmlich vordrängte. Extirpirt erwies sich der Tumor als ein reines Enchondrom. Schon nach 4 Monaten erfolgte

ein Recidiv, das 2 Monate später in Aether-Narkose mit vorheriger Tamponade des Larynx durch Schwämme und Tracheotomie exstirpirt wurde. Von dem Y Schnitt lag der gerade Schenkel in der Mittellinie der Oberlippe. Die beiden schrägen liefen in die Nasenöffnungen hinein. Die Weichtheile wurden links bis zum Boden der Augenhöhle, rechts bis zur inneren Commissur der Augenlider abgelösst. Bei der Exstirpation musste der proc. nas. des Oberkiefers rechts ganz, links grösstentheils mit entfernt werden; das neue Enchondrom war zellenreicher, als das frühere. Nach 16 Tagen konnte Pat. entlassen werden.

P. berichtet über diesen Fall, weil Enchondrome des Oberkiefers zu den selteneren Geschwulstformen gehören. So hat Heyfelder nur 8 unter 450 Fällen von Erkrankung des Oberkieferknochens notirt. 2 weitere Fälle wurden von Bigelow beobachtet. (In der neuesten Arbeit von Rabe (Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 3, p. 300] konnte Ref. auch nur 10 Fälle von Enchondrom finden, deretwegen operirt worden war.) Die erste partielle Resection beider Oberkiefer soll von Roger 1824 verrichtet worden sein. **Pils** (Stettin).

R. W. Taylor. On certain peculiar swellings of the cranial bones caused by rickets.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 169. p. 262 ff.)

T. macht auf eigenthümliche Anschwellungen der Stirnbeine und Seitenwandbeine aufmerksam, die allein der Rachitis ihre Entstehung verdanken und leicht mit Syphilis verwechselt werden können. Es sind dies vom Periost ausgehende, rundliche oder ovale bis 3 Zoll im Durchmesser haltende, von der Nachbarschaft des Knochens leicht abzugrenzende Hervorragungen, welche sich bis auf $1^1/_2$ Linie über die normale Knochenfläche erheben können, eine glatte Oberfläche haben und sich durchaus hart anfühlen. Sie kommen symmetrisch oder nur auf einer Seite vor, verschwinden oder persistiren und bedingen im letzteren Falle natürlich gewisse Schädeldifformitäten. Meist finden sich die Spuren der Rachitis gleichzeitig auch an anderen Knochen des Skelets. **Wilh. Koch** (Berlin).

Nancrede. Case of small round-celled sarcoma.

(Philadelphia med. Times 1874. 7. März. p. 353 ff.)

Ein 13jähr. Mädchen ist im November 1872 mit einem nussgrossen Rippentumor und Insufficienz des rechten geraden Augenmuskels behaftet. Trübung der Papille, Kopfschmerz und, trotz auffälligen Appetites, Abmagerung einen Monat später. Zwei Monate später Oedem des linken Augenlides und Tumor am äusseren Theil der linken Orbita, welcher das Auge nach ab- und auswärts drängt. Im Juni 1873 dieselben Erscheinungen an der rechten Orbita. Ulceration beider Corneae und Atrophie beider Augen. Geschwülste am Scheitel und rechten Masseter. Die Section (1. Novbr. 1873) ergab: Halbkugelförmiges Sarcom im linken Stirnbein, von der Nasenwurzel bis zum process. angularis ext. und andererseits vom Marjo infraorbitalis bis zur Grenze des Haarwuchses reichend, somit die Augenhöhle sammt Inhalt umfassend. Dura mater nirgends perforirt. Ein ähnlicher nur mehr nach aussen belegener Tumor rechts. Unter dem Pericranium erbsen- bis halbhaselnussgrosse Ablagerungen, deren einige den Knochen vollkommen durchsetzt haben. An der rechten Thoraxseite eine vom Angulus scapulae bis zum unteren Rippenrand reichende Geschwulst, welche nur ein Theil eines Tumors ist, der $^3/_4$ der rechten Pleurahöhle ausfüllt. Die mikroskopische Diagnose ergiebt sich aus der Ueberschrift. **Wilh. Koch** (Berlin).

P. Pieniążek (Krakau). Einige Fälle von Sarcom und dessen Metastasen.

(Aus dem anat.-pathol. Laborat. des Prof. Biesiadecki. Sitzungsberichte der math.-naturwiss. Abthg. d. Academie f. Wissenschaften zu Krakau Bd. I, polnisch.)

Fall 1. Die Geschwulst nahm das obere Drittel des Oberschenkelknochens ein, war von Kindskopfgrösse und liess nur den Oberschenkelkopf frei. Makroskopisch erscheint sie am Durchschnitte grau und weich; der Knochen grösstentheils atrophirt, so dass nur hier und da kleine Knochenplättchen an der Ober-

fläche gefunden werden. In der Lunge viele gelbliche Knötchen von Erbsengrösse; am Herzen einige Tumoren von Nuss- bis Taubeneigrösse zwischen dem Pericardium und dem Herzmuskel gelagert. Mikroskopisch ergab sich die Geschwulst als Rundzellensarcom.

Fall 2. Einem 12jähr. Mädchen wurde im April 1869 der rechte Augapfel sammt einem vom Periost ausgehenden Neugebilde exstirpirt. Im März 1870 stellte sich dieselbe mit einem Recidiv vor, an dem sie auch einen Monat später verschied. Section: In der rechten Augenhöhle und aus ihr hervorgehend ein kindskopfgrosser Tumor — die obere Augenhöhlenwand usurirt und die dura mater hier emporgewölbt und mit der Geschwulst verwachsen. — Im rechten Ovarium eine bohnengrosse harte Geschwulst. — Wir referiren ferner

Fall 5. Ein 61jähr. Mann litt seit Monaten an Athembeschwerden und Bluthusten; der untersuchende Arzt fand eine an der vorderen Trachealwand sitzende und die Consistenz eines Schwammes aufweisende Geschwulst. Tod nach einigen Wochen an Pneumonie. Sowohl die Geschwulst selbst, als auch die in der Schilddrüse, in den Lungen, der Leber und der Milz gefundenen Metastasen wurden unter dem Mikroskop als parvicelluläres Sarcom erkannt.

Fall 6. Eine 40jähr. Frau wurde binnen $1\frac{1}{2}$ Jahren an einer und derselben Brust wegen recidivirender Geschwulst 3 Mal operirt. Tod in der 3. Woche nach der letzten Exstirpation. Section: An der pleura costalis und pulmonalis unzählige perlenartige disseminirte weisse Knötchen; die beiden Pleuren hier und da verwachsen durch eine bis zu 2 Zoll dicke schwielige Masse. In der linken Lunge 3 hühnereigrosse, in der rechten 1 faustgrosser Tumor. **Obaliński** (Krakau).

Gross. Sarcoma involving the scapula. Excision.

(Philadelphia med. Times 1875 p. 264.)

Der Tumor mass 5 Zoll in der Länge, 4 Zoll in der Breite und sass dem dorsum Scapulae unterhalb der Spina breitbasig an. Zur Excision genügte ein Hautschnitt, welcher von der Mitte der Spina bis zum untern Winkel verlief. Der ganze Körper der Scapula abwärts von der Spina wurde ebenfalls entfernt. Vollkommene Genesung innerhalb 3 Wochen (Pat. war 21 Jahre alt).

Einen ähnlichen guten Verlauf nahm die Operation bei einem 40jähr. Manne, dem wegen Osteosarcom fast die ganze rechte Scapula exstirpirt wurde.

Wilh. Koch (Berlin).

M. Figueira. Empyema tratado pelo tubo d'esgoto e injecçoes repetidas.

(Correio medico de Lisbôa 1875. No. 11.)

Ein neuer Fall von 3 Mal wiederholter Punction der linken Thoraxhälfte bei einem 19jähr. Heizer eines Dampfschiffes. Das serösеitrige Exsudat wurde bald stinkend unter Auftreten von Symptomen einer allgemeinen Eiterinfection. — Eine Eröffnung des cavum thoracis durch Schnitt verweigerte Pat. Man stach daher einen dicken Troikar ein, extrahirte mit Potin's Apparat etwa 2 Liter stinkenden Eiters und liess die Kanüle liegen, um dieselbe zu Injectionen von 6% Carbolsäurelösungen zu benutzen. Später nahm man 10—15—20% Lösungen (?) und wiederholte die Injectionen 2—3 Mal täglich und zwar bei Aufenthalt des Pat. in frischer Landluft. Nach 4 Monaten konnte Pat. für geheilt erklärt werden. — F. giebt der Carbolsäure vor der Jodtinctur in solchen Fällen den Vorzug. Es soll dies der 4. in Portugal geheilte Fall von Pyothorax sein.

Ullersperger (München).

Spruyt. Plaie pénétrante de la poitrine; pneumothorax; guérison.

(Archives médicales belges 1875. Hft. 2.)

Ein Soldat hatte bei einer Schlägerei einen Messerstich in den Rücken, neben dem linken Schulterblattwinkel, erhalten, worauf Hämoptöe, Pneumothorax von mässiger Ausdehnung und eine circumscripte Pleuropneumonie folgte. Den nach etwa 5 Wochen erfolgenden günstigen Ausgang in Heilung schreibt S. der energischen Anwendung von Vesicantien zu, von denen er auch anderweitig bei Entzündungen der Pleuren und des Peritoneum gute Erfolge gesehen hat.

Arn. Hiller (Berlin).

Schussverletzung des Herzens.

(Middlesex Hospital Reports 1873. p. 195.)

Bei einem 50jähr. Manne, der nach einer Schussverletzung in der Herzgegend sogleich gestorben war, fand sich zwischen 5. und 6. Rippe 1½" unter der Brustwarze und 2" nach innen von der Mamillarlinie eine kleine rundliche Hautwunde mit reinen Rändern. Die Kugel hatte durchdrungen: das Pericardium und den darüber gelegenen Lungentheil, beide Ventrikel etwas über der Herzspitze, die Aorta thoracica, einen Theil des 9. Brustwirbels, und fand sich im 10. Brustwirbel eingekeilt. Die linke Pleurahöhle und das Pericardium waren mit Blut erfüllt.

Pils (Stettin).

F. Ensor. Aneurysma der Innominata. Ligatur der Carotis und Subclavia.

(British med. Journal 1875. Vol. I. p. 192.)

Aus Fort Elisabeth (Südafrika) wird über die seltene Operation (18 Mal bisher mitgetheilt, Ref.) berichtet, ein Aneur. art. innom. durch periphere Ligatur beider Hauptzweige zum Stillstand zu bringen; leider bricht die Krankengeschichte dort ab, wo ernstere Störungen auftreten und es dürfte die vorhandene »dilatatio arcus«, vielleicht Aneur. arcus, den Heilungsausgang wenig wahrscheinlich machen.

Am 8. Septbr. 1874 wurde bei einem 50jähr. Manne, der die Zeichen eines Aneur. der Innominata und Dilatation des arcus aortae darbot, und längere Zeit vergeblich medicamentös behandelt worden war, in der Narkose die simultane Ligatur der Carot. comm. und Subclavia mittelst Seidenfäden ausgeführt, von denen die Unterbindung des ersteren Gefässes starker Venengeflechte wegen besondere Schwierigkeiten darbot; nach 14 Tagen Radialpuls fühlbar. Die Ligatur der Subclavia löste sich am 17., die der Carotis am 21. Tage. Am 14. Octbr. bemerkte man intermittirenden Puls, am 18. Kopfschmerzen, rechte Pupille contrahirt; die folgende Nacht verläuft besser, aber Puls intermittirend. Weiterer Bericht wird versprochen. **Pils** (Stettin).

A. Jackson. Verletzung der Femoralis, doppelte Ligatur derselben und der profunda; Tod.

(British med. Journal 1875. Vol. I. p. 210.)

Der hochgradig anämische 53jähr. Mann zeigte am linken Oberschenkel 2, unter dem Lig. Poupart. eine kleine Stichwunde, verursacht durch ein fallendes Messer; am Abende fühlte man unter der Wunde einen pulsirenden Tumor, dessen Pulsation durch Druck auf die Femoralis zum Schwinden gebracht werden konnte. Am 3. Tage, als die Pulsation stärker, die Bedeckungen des Aneurysma's dünner zu werden schienen, unterband man in der erweiterten Wunde über und unter der Verletzung — die vordere Wand der Arterie war angeschnitten — die Femoralis. Es trat eine starke Blutung ein, als deren Quellen man die zwischen den beiden Unterbindungsstellen einmündende Profunda fem. erkannte. Nach ihrer Ligatur sistirte die Blutung; allein unter den Erscheinungen der Erschöpfung erfolgte ohne besondere Zwischenfälle in 7 Tagen der Tod. Section war nicht gestattet. **Pils** (Stettin).

Hulke. Durch Compression geheiltes Popliteal-Aneurysma. (Lond. pathol. Soc.)

(British med. Journal 1875. p. 14.)

H. berichtet über ein orangengrosses Aneurysma bei einem 44jähr. Manne, welches er durch Compression mittelst eines über und eines unter demselben angelegten Tourniquets, die nur zeitweise etwas gelöst wurden, in 14 Tagen zur Heilung brachte; 7 Monate später starb Pat. infolge eines in das Pericardium hindurchgebrochenen Aorten-Aneurysma. **Pils** (Stettin).

J. Neill. Popliteal aneurism — Digital compression.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 164. p. 183 ff.)

42jähr., früher mit Syphilis behafteter Mann trägt ein eigrosses linksseitiges Poplitealaneurysma, das 6 Wochen vor seiner Aufnahme in's Spital nach dem Auf-

heben einer Leiter sich bemerkbar gemacht hatte. Digitalcompression der Art. femoralis durch 57 Stunden und Gangrän des Unterschenkels. Der durch dieselbe nothwendig gewordenen Oberschenkelamputation folgte am 5. Tage eine tödtliche Blutung. Der aneurysmatische Sack war vollkommen mit Fibringerinnseln erfüllt.

Wilh. Koch (Berlin).

Walmsley. Aneurysma der Femoralis. Ligatur der Iliaca ext. Heilung.

(The Lancet 1874. p. 762.)

Ein schwächlicher, 40jähr. Bäcker fühlte im März 1874 beim Erheben eines Sackes eine Spannung in der linken Leiste; 4 Tage darauf eine kleine Geschwulst, die nach 14 Tagen pulsirte; dazu kamen Schmerzen im Beine; die Grösse des Tumors und die Schmerzhaftigkeit nahmen bedeutend zu, so dass am 25. Juni die Pulsationen sich auf ein Bezirk von $7^1/_2''$ Länge und $5^1/_2''$ Breite erstreckten und der Tumor nach oben über das Lig. Poupartii, nach unten bis zum mittleren Drittel des Oberschenkels reichte. Die Herztöne waren normal, die Art. tempor. geschlängelt, der Puls beschleunigt und klein; das Bein sehr geschwollen. Da in den nächsten 4 Tagen das Aneurysma schnell wuchs und von einer Behandlung mit Compression in diesem Falle keine Rede sein konnte, wurde am 29. Juni die Ligatur der Iliaca ext. mit carbolisirtem Catgut ausgeführt; der im Uebrigen normale Verlauf erlitt nur durch ein am 4. Tage auftretendes Erysipel eine kurze Störung. Bei der Entlassung am 8. August war der auf $^1/_3$ seiner früheren Grösse reducirte Tumor pulslos, das Bein von normalem Aussehen mit voller Gebrauchsfähigkeit.

Pilz (Stettin).

P. Ruge. Beitrag zur Casuistik der Enucleation von Uterusmyomen.

(Vortrag in der Gesellschaft für Gynäkologie in Berlin, 20. Octbr. 1874. — Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 1.)

Bei einer 40jähriger Nullipara 8—10 etwa pflaumengrosse Uterusmyome. Starke Blutungen standen anfangs nach Ergotininjectionen, später nicht mehr und kehrten profus wieder. Verf. dilatirte 5 Tage lang den Muttermund durch Presschwamm und Laminaria und schälte ohne fernere Präparation der Genitalien einen apfelgrossen Tumor der hinteren Wand heraus. Ein zweiter in der vorderen Wand musste nach Spaltung der Kapsel wegen zu starker reactiver Contraction der Uterus sitzen bleiben und wurde nach 5 Tagen, stark in Zerfall begriffen, spontan ausgestossen. Heilung.

v. Mosengeil (Bonn).

Breisky. Ueber operative Behandlung der Uterusfibrome.

(Aertzl. Correspondenzblatt, Organ des Vereins deutscher Aerzte in Prag 1875. März. No. 24.)

Der Vortragende berichtet über die Exstirpation zweier Uterusfibrome, von denen das eine kindkopfgross mit breiter Basis an der rechten hinteren Uteruswand aufsass, während das andere ein gewöhnlicher wallnussgrosser fibröser Polyp war. B. hält vom klinischen Standpunkte aus die Unterscheidung zwischen Polypen und Fibromen fest, weil die operative Behandlung eine verschiedene sein müsse. Beim ersteren Falle hatte B. bei der sehr herabgekommenen 45jähr. Frau als Voroperation die Spaltung der Kapsel in der Länge von 8 Cm. vorgenommen, die Blutung nach dem Einschnitt durch blutstillende Watte sistirt. Am 2. Tage wurde der Tampon entfernt, es stellten sich kräftige Wehen ein, die die Geschwulst immer tiefer brachten. Nach 17 Tagen wurde die Geschwulst mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt. Zuvor befestigte man Luftkissen durch elastische Binden über der Symphyse, um einerseits die Aorta abdom. zu comprimiren, andererseits für eine eventuelle Tamponade der Vagina einen Gegendruck von oben zu haben. Die Anlegung der Schlinge geschah mittelst der Brückensonde. — Im zweiten Falle geschah die Abtragung mit einer Hohlscheere unter Leitung der Finger.

Weil (Prag).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 20. **Sonnabend, den 15. Mai.** **1875.**

Bohn. Das Impferysipel und seine Bedeutung für die Erysipelaslehre.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde VIII. Jahrgang. Hft. 1.)

An der Hand einer ziemlich umfangreichen Statistik beweist Verf. zunächst den genetischen Zusammenhang zwischen Impferysipel und Impfung. Die eigentliche Heimat des Impferysipels sind die Findelhäuser. Im Petersburger Findelhause erkrankten 1863: 3,6%; 1868 dagegen nur 1,1%. Das Wiener lieferte 1854—64: 1,82%‰ im Durchschnitt. Sehr viel seltener sind Epidemien von Impferysipel in Privat- oder öffentlichen Gesammtimpfungen (Konitz 1863, Neustettin 1870, Danzig 1871, Regier.-Bezirk Frankfurt a/O. 1872). — Nach Fröbelius ist kein Unterschied zu constatiren zwischen dem Einfluss der verschiedenen Lympharten (Retrovaccine, animale Lymphe und alter Jenner'scher Stoff). Dagegen scheint originäre Lymphe häufiger als humanisirte von Rothlauf gefolgt zu sein.

Die Vaccine kann auf jeder Stufe ihres Verlaufs zu einem Herde des Rothlaufs werden, gewöhnlich nur von einigen Pusteln aus, meist nur an einem Arme (unter 141 Fällen 30 Mal an beiden Armen). Verf. glaubt, dass das an anderen Körperstellen ohne directen Ausgang von der Impfstelle entstandene Erysipel ebenfalls durchaus als ein echtes Erysipelas vaccinatorium und nicht als zufälliges Erysipelas in vaccinato aufzufassen sein dürfte, wie ja auch das gewöhnliche Erysipel manchmal noch gesunde Hautpartieen zwischen sich liegen lasse. — Die Entzündung beim Impferysipel ist nach Verf. im Allgemeinen heftiger als beim gewöhnlichen Rothlauf und dringt tiefer in die Haut; bisweilen herdweise Vereiterung.

Die Allgemeinerscheinungen entsprechen einem schweren Leiden; initialer Frost, brennende Fieberhitze, grosse Aufregung, Erbrechen, später Apathie; beim neuen Nachschub neues Erbrechen etc. Temp. in deutlicher Uebereinstimmung mit dem Gange der Hautentzündung: Maxima 40,0—41,0° C. fast ausschliesslich in den ersten Tagen, mit starken Remissionen bis zu Collapstemperaturen; der definitive Abfall erfolgt jäh, oder lytisch durch mehrere Tage.

Die Mortalität ist in den Impfanstalten sehr ungünstig und erhebt sich in den Fällen mit weniger ausgesprochener Neigung zum Wandern (Beschränkung auf den befallenen Arm, von Verf. erysipel. localisatum genannt) auf 17,5, bei stärkerer (Verbreitung auf den Stamm etc. — erysipelas migrans) auf 67,3%.

Das Impferysipel tritt auf:

1) innerhalb der ersten 3×24 Std. nach der Impfung (vaccinales Früherysipel),

2) im Anschluss an das entwickelte Jenner'sche Bläschen meist innerhalb des 8. bis 10. Tages (vaccinales Späterysipel),

3) im Anschluss an die bereits verheilenden Geschwürsflächen als zufälliges Erysipel.

1. Das — häufigere — Späterysipel schliesst sich an den Entzündungshof an, welcher das am 6. bis 8. Tage nach der Impfung sich entwickelnde Bläschen umgiebt und welchen Verf. als »normales Impferysipel« auffasst. Das vaccinale Späterysipel ist ein Recidiv oder eine Ausschreitung des schon bestehenden gesetzmässigen.

Die Ursache dafür ist nicht etwa in einem neuen Giftstoffe zu suchen, sondern es reichen dazu Schädlichkeiten und örtliche Reize der allgemeinsten Art aus.

Das beweist der Umstand, dass Fröbelius die 3,6% der am Impferysipel verstorbenen Neugeborenen im Petersburger Findelhause auf 1,1% herabsetzen konnte durch die Verordnungen:

1) Zu schwächliche Kinder wurden nicht eher geimpft, als bis sie kräftiger waren.

2) Es wurde für gehörige Hautcultur gesorgt (Bäder etc.).

3) Die Zahl der Impfstiche wurde von 6 auf 3 herabgesetzt.

4) Die rücksichtslose Maltraitirung der Pusteln von Seite des Feldscheers Behufs Abimpfung hatte ein Ende.

5) Die Nachbehandlung der Pusteln mit einem Pulver von Zinkblumen und Bärlapsamen hörte auf, und damit die Bildung von dicken Schorfen, unter denen der Eiter in die Tiefe drang.

Daraus erhellt, dass verschiedene Einflüsse im Stande sind, dem normalen Vorgang des Impferysipels eine krankhafte Steigerung zu geben.

2. Das Früherysipel, welches dem Acte der Impfung auf dem Fusse folgt.

Bei diesem entzünden sich unter heftigem Fieber, Erbrechen etc. sofort die Stichwunden und es entwickelt sich in 12 bis 30 Stunden ein Rothlauf, der die Impfstiche in rundliche Geschwüre verwandelt, die lange eitern.

Die Dauer dieser Früherysipele ist sehr verschieden; auch sie können wandern; bisweilen tritt herdweise Vereiterung ein.

Bei diesem vaccinalen Früherysipel erscheint das Erysipel eingeimpft und gelangt geraden Weges zum localen und constitutionellen Ausdruck. Der Umstand, dass von gleichzeitig mit derselben Lymphe geimpften Kindern nur einzelne erkranken, dass von allen Impfstichen nur einzelne sich entzünden, beweist, dass der Lymphe rothlauferzeugende Stoffe mechanisch beigemengt sind, die mit der Lancette zufällig gefasst werden. Diese phlogogenen Stoffe stören die ruhige Arbeit der Lymphe — ohne immer ihre Schutzkraft zu vernichten. V. fand einmal enorme Pilzwucherung in der Lymphe als Ursache des Früherysipels. Grobe, rostige Instrumente werden gelegentlich auch mit Recht beschuldigt werden können.

Die Wirkung der Impfung anlangend, so lässt ein Späterysipel vollen Schutz zu — ebenso ein Früherysipel an einem Arm und einzelnen Pusteln entwickelt. Sonst zerstört das Früherysipel die Schutzkraft.

Was das Verhältniss der Rothlauf-Lehre zum Impferysipel betrifft, so lässt sich das folgendermassen resumiren:

1) Es giebt kein specifisches Rothlaufgift.

2) Dem Erysipel kann kein specifischer Charakter zuerkannt werden, da es auf die verschiedensten Reize erfolgt. Damit fällt auch seine Contagiosität (?).

3) Der Rothlauf kann, wie die vaccinalen Früherysipele beweisen, eingeimpft werden.

4) Die vaccinalen Späterysipele beweisen, dass die Irritation der Haut und des Blutes gleichzeitig beginnen und verlaufen.

5) Der die erysipelatöse Entzündung hervorrufende und unterhaltende Factor gelangt in die Lymphgefässe der Cutis und behält oder bekommt daselbst die irritirende Kraft. Und doch machen die Späterysipele es wahrscheinlich, dass die Wanderung der Erysipele angefacht und unterhalten werden kann durch fremde, neu hinzugetretene Reize, während die erste Ursache bereits erloschen ist.

6) Die Empfindlichkeit der Haut ist ein disponirendes Moment für die vaccinalen Rothläufe.

Verf. fügt in einem Anhange einige interessante eigene und entlehnte Beobachtungen über vaccinale Früherysipele bei.

Mekus (Halle a/S.).

W. Henke und **C. Reyher.** Studien über die Entwicklung der Extremitäten des Menschen, insbesondere der Gelenkflächen.

(Aus den Sitzungsber. der k. k. Academie der Wissenschaften, Wien, 1874. Juli 23.)

Die Studien sind an Schnitten von Embryonen aus der 5. und 6. Woche, aus dem Ende des 2. Monates bis zum 5. Monate und aus dem 6. Monate angestellt. Im ersten Abschnitte der Arbeit wird die erste Anlage und Gliederung der Extremitäten ausführlich geschildert; hieran schliesst sich die weitere Gestaltung der Gelenke der Finger, des Ellbogengelenkes und endlich eine zusammenhängende Darstellung der gewonnenen Resultate.

Bezüglich der Frage nach der ersten Gliederung kommen die Vff. zu keiner bestimmten Entscheidung zwischen den beiden bis jetzt darüber herrschenden Ansichten, doch neigen sie sich mehr derjenigen zu, welche das Zusammenkommen von getrennt angelegten Abschnitten als Glieder einer Reihe annimmt. Sie constatirten jedoch noch einen dritten Modus der Entstehung einer gegliederten Reihe von Skeletabschnitten. Derselbe besteht in einem allmäligen Aufbau je eines neuen Gliedes hart am Ende des bereits fertigen (so an den Fingern und Zehen). Hat eines dieser Glieder eine bestimmte Länge erreicht, so wird es durch eine quer darauf gelegte Platte von etwas verdichtetem Gewebe abgeschlossen; das folgende Stück wächst nun sofort im Anschlusse an die zwischengelegte Scheibe, und ist somit durch eine Art von Syndesmose mit dem ersten Stücke verbunden.

Durch Verdünnung und Schwinden der Zwischenscheibe kann hieraus unmittelbar ein Gelenk (Diarthrose) werden, wobei freilich anfänglich noch die beiden Haupterfordernisse eines Gelenkes fehlen, nämlich die entsprechende Krümmung der Contactflächen und die Differenz der Grösse derselben. Dieses erste Stadium der Gelenkbildung wäre am besten mit dem Namen Amphiarthrose zu bezeichnen. Die Allgemeingiltigkeit dieses Entwicklungsganges sei nicht sicher zu behaupten, es könne auch eine der beiden anderen Entstehungsarten zugelassen werden, doch komme dieses Stadium der Amphiarthrose wohl bei jedem Gelenke in den Anfängen seiner Bildung vor.

Wenn nun bewegende Kräfte (die Muskeln) einzuwirken beginnen, so drücken sich insbesondere die Ränder der Endflächen, womit 2 Stücke sich berühren, an der Seite, wohin eine Biegung derselben Statt hat, allmälig stärker ein, wobei das Wichtigste das ist, dass die Randeindrückung an dem einen der beiden Stücke vorwiegend und in der Richtung der typischen Bewegung gleichmässig vertheilt — so also die ganze Endfläche convex wird, während das andere Stück mit einer Vertiefung seiner Endfläche den Abdruck dieser Convexität vorstellt.

Die Frage, wie Kopf und Pfanne entstehe, beantworten die Vff. auch durch Herbeiziehung der Muskelaction, entgegen Fick, der das Wachsthum der knöchernen Gebilde in Betracht zog, wodurch das eine Stück sich mit seiner Endfläche in das andere hineinbohre und so die Höhlung erzeuge. Die Vff. hingegen erinnern an das differente Verhalten der das Gelenk überspringenden Muskeln an beiden Stücken. An dem einen Stücke liegen die Muskeln mit dem grössten Theile ihrer Länge an, während sie an dem andern sich ganz nahe dem dazwischenliegenden Gelenke inseriren und es hierdurch mit seinem Rande in das andere hineindrücken; geschehe dies nun abwechselnd bald an dieser, bald an jener Stelle, so werden durch Druck die Ränder des zweiten Stückes weggearbeitet. Es bildet sich also auf der Seite die Pfanne, wo die Insertionen der überspringenden Muskeln weniger weit vom Gelenke entfernt sind (so an den Fingern und am Ellbogengelenk, die Vff. näher untersuchten, und scheint dieses Gesetz auch für die meisten andern Gelenke zu gelten).

Eine weitere Frage betrifft die Vergrösserung des Kopfes gegenüber der Pfanne (ohne welche die Pfanne in's Bodenlose fiele, wenn ihre Ränder die des Kopfes überschreiten). Die Ursachen für diese nothwendige Ausbreitung des Kopfes, suchen die Vff. in Folgendem: Zunächst sei es denkbar, dass der Knorpel durch den Druck der Pfanne etwas in die Breite gehe, weiter aber übe die über den Kopf gleitende Pfanne einen Reiz auf die nutritiven Vorgänge in demselben aus. Noch viel ausgiebiger aber wirkt ein drittes Moment. Wenn nämlich auf der einen Seite die Contraction der Muskeln die Pfanne über der Rand des Gelenkkopfes hinauszieht, so werden auf der anderen Seite die Sehnen, die sich bildende Kapsel etc. nachgezogen und gegen die Kante, welche der Rand des Kopfes mit der Oberfläche des angrenzenden Skeletabschnittes bildet, angedrückt, und darüber hin- und hergezogen, wodurch die ohnehin noch schwach inserirte Kapsel mehr und mehr abgelöst, die genannte Kante aber durch das Uebergleiten abgerundet wird. So kommt zum primären Gelenkkopfe auf Kosten der freien Fläche des bisher nicht mit dem Gelenke in Verbindung gestandenen Skeletantheils ein Weiteres, eine Accession, hinzu, welche den Kopf erheblich vergrössern hilft. Der Gelenkkopf zeigt daher in dieser Periode eine Gestalt, die sich aus 3 verschiedenen (je eine Accession auf der Streck- und Beugeseite), noch eckig zusammenstossenden Stücken zusammensetzt. Anfänglich vermittelt nur das mittlere (der primäre Gelenkkopf) den Contact mit der Pfanne, bis endlich durch gesteigerte Muskelaction die Pfanne auf die allmälig abgerundeten Accessionen zu stehen kommt. Am schnellsten vollzieht sich die Abschleifung der ungleichen Gelenkkopfstücke an den Fingern; an den Seitenpartieen bleiben Stücke der Accessionen dauernd mehr oder weniger unterscheidbar, was an anderen Gelenken noch ersichtlicher ist (insbesondere an den Gelenkköpfen des Hinterhauptes).

Die Form der Phalangenköpfe, sowie der Trochlea des Oberarmes,

erklärt sich aus dem directeren Anlegen der überspringenden Sehnen auf die Mitte des Kopfes.

Den Schluss der Arbeit bilden die Ergebnisse in Bezug auf Thierähnlichkeit in der Entwicklung. Die Vff. bemerken, dass die Analogieen in der Entwicklung des menschlichen Skelets mit denen niederer Thiere nicht so weit in die niederen Classen zurückweisen, wie jene, welche von der Genese anderer Körpertheile her bekannt sind; es sei dies auch nicht zu erwarten, da sie ja nur relativ schon vorgeschrittene Stufen dieser Entwicklung untersuchten. Doch erstrecken sich diese Analogieen bis zu den weitest entfernten Säugethierordnungen. So findet sich eine Analogie bezüglich der Andeutung von einer Verbindung der Fibula mit dem Femur bei Echidna und Phalangista. Die Bildung der Verbindung des Talus mit der Tibia und Fibula im frühesten von den Vff. beobachteten Stadium, ist ganz zu vergleichen der Bildung dieser Gelenke bei Phalangista. (Weitere Analogieen sind im Originale nachzusehen.) Von grossem Interesse ist die Andeutung von einem oder zwei überzähligen Carpuselementen. Es betrifft dies die Anlage von 10 Carpalia, wobei das eine genau der Lage nach dem Centrale am Carpus der Amphibien, Reptilien und einiger Säugethiere entspricht, das zweite (radial gelegene) eine Analogie bei Simia Satyrus findet. Das erste erhält sich bis zum 3. Monate und geht dann in das Naviculare auf. Das zweite entspricht der Eminentia carp. radial. infer. des Trapezium des Menschen.

Die Vff. versprechen am Schlusse ihrer interessanten Arbeit die weitere Verfolgung dieser Studien mit Berücksichtigung noch früherer Entwicklungsstadien. 4 Tafeln, von Henke gez., von Heitzmann jun. lithograph., sind der Arbeit beigegeben.

Fr. Steiner (Wien).

Dengue, ou fièvre rouge des colonies.

(Journal de méd. et de chir. pratique 1875. p. 157, a. d. Revue médicale de Toulouse.)

Nach der oberflächlichen Schilderung ist diese neuerdings erst beschriebene Krankheit in folgender Weise zu charakterisiren.

Sie entsteht in Indien, erscheint aber auch in seltenen Fällen in Europa, so z. B. in Spanien im Jahre 1864. Gewöhnlich kommt sie plötzlich zum Ausbruch und überzieht mit einer dem Scharlach ähnlichen Eruption unter heftigem Fieber den ganzen Körper. Der Ausschlag verschwindet rasch, und auch das Fieber dauert nur 3 Tage. Zugleich aber stellen sich sehr schmerzhafte Gelenkentzündungen ein, die häufigen Rückfällen unterliegen, so dass, obschon gewöhnlich Heilung eintritt, doch lange Zeit hierzu in Anspruch genommen wird. Der zur Illustration dienende Fall war ein sehr schwerer, da der 37jähr. Mann durch Intermittens, Dysenterie und Rheumatismus, die er in den Colonien durchgemacht hatte, geschwächt, nach Ueberstehung des Fièvre rouge eine rheumatische (?) Augenentzündung und

Arthritis deformans der Hand- und Fussgelenke zurückbehalten hatte. Eine Cur in Barèges besserte diese Leiden sehr wesentlich.

Zu erwähnen wäre noch, dass die Dengue epidemisch auftritt, wahrscheinlich contagiös ist, jede Race und jeden Stamm ergreift, dass die Therapie einstweilen noch eine rein symptomatische ist und dass Chinin sich nutzlos erwiesen hat. **Pagenstecher** (Elberfeld).

Ed. Lang. Lupus und Carcinom.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1874. p. 165.)

Verf. theilt den klinischen Verlauf und die histologischen Ergebnisse eines Falles mit, in welchem auf einem theils vernarbten, theils noch bestehenden Lupusherde der rechten Gesichtshälfte ein carcinomatöses Geschwür entstanden war — eine Combination von Carcinom und Lupus, wie sie auch von O. Weber, Bardeleben, Hebra und Wenk mitgetheilt worden ist.

Die histologische Untersuchung ergab L., dass das schüsselförmige Carcinom im Lupusgewebe eingebettet lag; nirgends konnte L. Uebergänge von Lupus zu Krebs oder umgekehrt constatiren. Im Gegentheil schien der Lupusherd für das Carcinom als Stroma zu dienen und von letzterem verdrängt zu werden. Aus gewissen Befunden glaubt L. entnehmen zu können, dass Krebszellen theils in Lymph-, theils in Blutbahnen activ hineingelangen, doch konnte er nicht die Ueberzeugung gewinnen, dass aus der Proliferirung der Gefässwandelemente selbst Carcinomkörper entstehen.

Ueber die Bedeutung der sogenannten Riesenzellen im Lupus gelangt Verf. zu der Ueberzeugung, dass sie als retrograd metamorphosirte Zellenconglomerate aufzufassen sei und läugnet ihre Bedeutung als proliferirende Gebilde. **Kaposi** (Wien).

Ed. Geber. Ueber das Wesen der Aleppobeule.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1874. Hft. 4. p. 445.)

G. berichtet unter der Ueberschrift »Erfahrungen aus meiner Orientreise« vorerst über die »Aleppobeule«. Es geht zunächst aus seiner Darstellung hervor, dass von den dortigen Aerzten und Laien alle schwer heilbaren chronischen und ulcerösen Processe, als Eczem, Lupus, Syphilis, Scrophulose für »Beule von Aleppo« gehalten werden. Der Schlussfolgerung G.'s jedoch, dass es darum keinen Bouton d'Alepp als Morbus sui generis gebe, ist nach der Lectüre des Aufsatzes keineswegs beizustimmen. Im Gegentheil, G. selbst theilt 2 Fälle eigener Beobachtung mit, die ganz und gar den bekannten Symptomencomplex des Bouton darbieten, und von denen G. selbst nicht anders sagen kann, als dass sie mit den bei uns bekannten Krankheitsformen nicht übereinstimmen. Das heisst doch offenbar, dass diese 2 Fälle etwas Eigenartiges darstellen. G. gesteht, dass diese Fälle eine »Besonderheit« der Entstehung und des Verlaufes dar-

bieten. Da auch die Erklärung, welche er (p. 488 l. c.) für dieselben giebt, nichts weniger als sachlich ist, das Factum ihres Vorkommens jedoch von G. selbst zugestanden wird, so können wir nicht anders, als gegen den Autor G.'s Mittheilungen selbst für eine **Bestätigung der Existenz des Bouton** anzusehen.

Kaposi (Wien).

Elischer. Fall von Tetanus traumaticus.

(Sitzungsbericht der Budapester k. Gesellschaft der Aerzte vom 3. April 1875. — Pester med. chir. Presse 1875. No. 15.)

Beobachtung aus der Klinik des Prof. Korányi. Systematische Untersuchung des gesammten Hirns und Rückenmarkes mit positiven Resultaten, nämlich: Bindegewebswucherung in sämmtlichen Längsfaserzügen, besonders der austretenden Nerven; amyloide Degeneration der Ganglienzellen des n. V. VII. und der Oliven; in den Ganglienzellen des Rückenmarkes entweder ebenfalls amyloide Degeneration, oder aber Spaltung des Protoplasmas in eine durch Carmin gefärbte und in eine sich nicht färbende gelbe Schicht: Vacuolenbildung und concentrische Anordnung des Protoplasmas um den Kern, wie nach auf die lebende Zelle geführten Inductionsschlägen; ferner Wucherung und Verstopfung des Centralkanales.

Rupprecht (Halle).

Guillaumet. Note sur l'emploi du sulfure de carbone dans le traitement des plaies atoniques et des ulcérations chroniques.

(Journal de thérapeutique 1875. No. 3. p. 97.)

Nach den Erfolgen, die zuerst von Dr. Michel, später im Hospital St. Lazare mit der Anwendung des Schwefelkohlenstoffes bei atonischen hartnäckigen Geschwüren, namentlich auch syphilitischen Ursprungs erreicht wurden, empfiehlt G. dieses Mittel auf das Wärmste. Die Anwendung geschieht in der Weise, dass die Oberfläche des Geschwürs mit einem in Schwefelkohlenstoff getränkten Charpieballen leicht und schnell überstrichen und sodann mit salpetersaurem Wismuthoxyd oder Stärke gepudert wird. Je nach dem Zustand der Wunde wird dann noch ein trockner Charpieverband hinzugefügt. Die Veränderung im Aussehen sowie die Vernarbung der Geschwürsfläche geht auch in den hartnäckigsten und verzweifeltsten Fällen mit überraschender Schnelligkeit vor sich. Der nächste Effect des Touchirens mit dem Schwefelkohlenstoff ist ein Blasswerden der Granulationen, bedingt durch die bei der lebhaften Verdunstung des Schwefelkohlenstoffs stattfindende Ischämie. Nach einiger Zeit tritt eine lebhafte Röthung der Granulationen, sowie ein ca. 20—60 Secunden andauernder intensiver Schmerz ein. Bisweilen folgt demselben eine mehrere Stunden währende Anästhesie. Das erwähnte Schmerzgefühl verliert sich übrigens mit der wiederholten Application des Mittels. Ist erst das Aussehen der Granulationen in günstiger Weise verän-

dert, so geht auch die Vernarbung rapider vor sich. Die anzuwendende Quantität des Mittels, sowie die Anzahl der Verbände richtet sich nach dem Zustand des Geschwürs. Ein zu viel setzt zwar keinen Aetzschorf, verhindert aber die Vernarbung. Die von G. in kurzer Krankengeschichte mitgetheilten Fälle betreffen: 1) Ausgedehntes, seit $4^1/_2$ Monaten bestehendes syphilitisches Geschwür der grossen Schamlippe. Heilung in 14 Tagen. 2) Chronisches, nach Operation einer Mastdarmfistel zurückgebliebenes Hautgeschwür. Besserung. (Pat. starb vor der definitiven Verheilung an Marasmus.) 3) Chronisches Geschwür des Oberschenkels (ulcerirtes Gumma). Besserung.

O. Volkmann (Halle).

E. Stamer O'Grady. Notes on cases of vesical calculi.

(The Dublin Journal of med. science 1874. December.)

G. berichtet zunächst in genauen Krankengeschichten über 4 günstig verlaufende Fälle von Seitensteinschnitt bei einem 50-, 19-, $3^1/_4$- und 4jähr., männlichen Individuum; theilt dann die bei einem 12 Jahre alten Knaben wegen eines beim Uriniren stecken gebliebenen Blasensteines ausgeführte Urethrotomia externa mit, die in äusserst kurzer Zeit zur Heilung gelangte. Hierauf folgen Bemerkungen über 2 Lithotripsieen, nebst einer Abbildung des dabei angewendeten Lithotriptors. Den Schluss der Arbeit bildet eine Tabelle über 15 dem Autor zur Beobachtung gekommene Blasensteine, als Beitrag zu einer Statistik dieses Leidens, nebst kleinen Notizen dazu. Die Details der einzelnen Fälle, welche nichts wesentlich Neues bieten, wolle man im Original nachsehen.

H. Braun (Heidelberg).

Roux. Sur la fièvre uréthrale.

(Séance de la Soc. de chir. 1874. 9. Decbr.)

R. beschreibt die Symptome der Krankheit und hebt die Analogie zwischen Urethral- und Sumpffiebern hervor. Wenn hinter einer verengerten Stelle der Urethra die Schleimhaut normal ist, so ist das Einführen des Katheters von keinen üblen Folgen begleitet; ist aber die Schleimhaut verletzt, exulcerirt, dann kommt es, wenn alkalischer und fötider Harn alsbald nach dem Katheterismus die Urethra passirt, zu Fieberanfällen.

Der Referent (Paulet) meint, R.'s Anschauung sei zu exclusiv. Im Allgemeinen beobachte man üble Zufälle nach dem Katheterismus, wenn der Harn abnorm verändert ist und wenn die Secretion langsam und unvollkommen vor sich geht. Auch könne man nicht Harnröhrenverletzungen allein als causales Moment mitbeschuldigen. Die Urethra könne gesund sein, es könnte aber eine Absorption von der Schleimhaut der Blase ausgehen. Der alkalische Harn löse das Epithel auf, in welchem Fall dann die Berührung des Katheters genüge, um die Blasenwand zu verletzen. Paulet möchte daher die Bezeich-

nung febris urinaria oder f. urethro-vesicalis der Bezeichnung f. urethralis vorziehen.

R. sagt weiter, es bilde sich durch die Alkalicität des Harns eine Gährung, und die Absorption der Fermente erzeuge das Urethralfieber (? Ref.).

Um dem Fieberanfall zuvorzukommen, räth R., die ursprüngliche Krankheit zu behandeln und als Beruhigungsmittel Bromkali zu geben. Ist der Fieberanfall eingetreten, so empfehle sich Alkohol und Chinin sulf.

Fr. Steiner (Wien).

Désprès. Hernies étranglées. Statistique des opérations.

(Gaz. des hôpitaux 1875. No. 20.)

Im Jahre 1873/74 wurden im Hospital Cochin 8 Herniotomieen ausgeführt. 5 Mal bei Schenkelhernien mit 3 Todesfällen; eine 4. Patientin starb in der 3. Woche an chronischer Bronchitis. Von 3 an Inguinalhernien leidenden Pat. starb einer, bei welchem erst die Punction mit Aspiration, dann die Taxis und Herniotomie gemacht war. Bei der Section war die Punctionsöffnung nicht zu finden. D. legt grossen Werth darauf, die Taxis nicht zu lange fortzusetzen: »gelingt die Taxis nicht, so verschlechtert sie allemal die Prognose ganz wesentlich«. Bei der Operation lässt er nicht chloroformiren, da der Schmerz leicht zu ertragen ist und die Kranken nach dem Erwachen aus der Narkose häufig sehr abgeschlagen sind und lange mit Uebelkeit und Erbrechen zu kämpfen haben. Vor der Reduction wird der Darm mit warmem Wasser gewaschen, um ihn zu reinigen und die Circulation rascher wiederherzustellen. Liegt eine kleine Portion Netz vor, so wird sie einfäch unterbunden, grössere Partieen werden unterbunden, abgetragen und der Stumpf cauterisirt. — In 6 Fällen gelang die Taxis ohne Operation; warme Bäder, Cataplasmen. 1 Pat. kam moribund in das Spital. Bei der Section fanden sich Ecchymosen und interstitielle Rupturen, Peritonitis.

Schädel (Berlin).

Tillaux. Variétés des corps fibreux de l'uterus.

(Séance de la Soc. de Chir. 1874. 2. Decbr.)

T. sah einen Uteruspolypen unter dem Einfluss der Uteruscontractionen intermittirend erscheinen und bald darauf wieder verschwinden. — Bei einer andern Patientin war ein Uteruspolyp ecrasirt worden. 1 Jahr darauf fühlte sie wieder lebhafte Schmerzen. Bei der ärztlichen Untersuchung fand sich nichts. 2 Tage später lag in der Scheide der Frau ein hühnereigrosser Polyp; also ein interstitielles Fibrom, welches durch die Uteruscontractionen in die Scheide gedrängt worden war.

In einem 3. Fall hatte T. einen enormen Uteruspolypen ecrasirt. Er war breit im Fundus uteri aufgesessen, wovon ein Theil mit ecrasirt worden war. Die Pat. starb nach 48 Stunden. Künftighin will

T. bei nicht gestielten Uterustumoren nicht mehr ecrasiren, sondern Schicht für Schicht mit dem Messer ablösen, um über die Lage des Uterusgewebes sicher zu sein.

Duplay bemerkt, es sei gefährlich, an voluminösen Uteruspolypen, deren Insertion man nicht kenne, zu ziehen; könne man nicht an ihre obere Partie gelangen, so sei es besser, den Tumor stückweise abzutragen; man vermeide so die Inversion des Uterus.

Guéniot empfiehlt die Acupuncturnadeln zur Unterscheidung des Uterus- vom Fibromgewebe. Im Uterus zurückgelassene Reste des Fibroids müssen, wie er meint, nicht unbedingt nekrosiren.

Auch Guyon sieht, entgegen T., im Zurücklassen von Stielresten nichts Bedenkliches. Er verweist auf Jarjavay's Rath, in Fällen, wo man über Tumor- und Uterusgrenzen nicht im Klaren sei, den ersteren der Länge nach zu spalten, und durch allmälige Schnitte die Fibromgrenze zu erreichen.

Déspré vergewissert sich in zweifelhaften Fällen durch die Untersuchung per rectum von der Lage des Uterus.

Polaillon entfernte einen Uteruspolypen durch allmälige Ligaturen.

Blot hat das von T. vorgelegte Stück untersucht. Er bemerkt, dass man mit den Fingernägeln das Fibrom- vom Uterusgewebe leicht ablösen konnte. Man hätte daher in diesem Falle wie bei der Placentalösung vorgehen sollen.

Marjolin meint, die Diagnose hätte durch die Rectaluntersuchung bei gleichzeitiger Einführung der Uterussonde erleichtert werden können.

Dubreuil zieht für diese Fälle die Maisonneuve'sche Schlinge dem leichter abgleitenden Ecraseur vor.

Forget meint, man hätte den Desault'schen Schlingenschnürer am oberen Theile des Tumors anlegen können, wodurch vielleicht, wenn der Uterus mit in die Schlinge gefasst war, die serösen Flächen desselben mit einander verklebt und so günstigere Chancen erreicht worden wären. **Fr. Steiner** (Wien).

Guibont. Traitement des écoulements vaginaux.

(Gaz. des hôpitaux 1875. No. 16.)

Mit Hülfe eines Speculums werden 2 in concentrirte Tanninlösung (25 : 100) getauchte Charpietampons in die Vagina eingeführt. Ein dritter, trockner Tampon dient zur Aufsaugung der Secrete. Alle 24 Stunden werden die Tampons erneuert, nachdem die Vagina durch Injectionen sorgfältig gereinigt ist. Während der Cur, die zur Zeit der Menstruation ausgesetzt werden muss, soll die Pat. das Bett hüten, oder sich wenigstens möglichst ruhig halten. Der Ausfluss ist in der Regel, selbst in hartnäckigen Fällen, schon nach 8—10 Tagen vollkommen beseitigt. **Schädel** (Berlin).

Meusel (Gotha). **Behandlung des angeborenen Klumpfusses.**

Als Manuscript gedruckt.

Gleich nach Geburt des Kindes beginnt die übliche Vorbereitung der Kur durch Manipulationen und später durch Heftpflasterverbände — darunter eine Gazebinde zum Schutze der Haut. Hat letztere eine gewisse Widerstandsfähigkeit erlangt, so kommt folgender Apparat zur Anwendung. Gegen eine die Wade von hinten umfassende, ledergepolsterte Blechrinne bewegt sich im Sinne der Plantar- und Dorsalflexion mittelst eines durch Klemmschraube feststellbaren Charniergelenkes*) ein Fussbrett. Dieses ist durch eine am Hackentheil befindliche Schraube ohne Ende um seine Längsaxe drehbar und so in jeder beliebigen Pronationsstellung zu fixiren. Die mittelst Heftpflasterstreifen auf der Schiene gut befestigte Extremität wird allmälig immer mehr in corrigirte Stellung hineingeschraubt und kann täglich besichtigt, gebadet und gymnastisch geübt werden. — Ist hierdurch die Fussstellung soweit gebessert, dass das Kind zwar mit der Planta auftritt, aber wegen Einwärtsrotation des Unterschenkels ein Recidiv droht, so wird auch diese Complication (Verf. findet dieselbe so überwiegend häufig, dass er für pes varus congenitus die alten Bezeichnungen »crus varum« oder »Dolschenkel« neu einzuführen vorschlägt) mit »frappanter« Wirkung selbst in hochgradigen Fällen bekämpft durch einen Apparat folgender Construction. Die beiden Stahlschienen eines Scarpa'schen Stiefels laufen oben je in eine Gabel aus. Diese spielen, wiederum feststellbar durch Klemmschrauben, auf einem in der Höhe der Femurcondylen etwas abstehenden, das Glied umkreisenden Stahlringe. Letzterer bildet das untere Ende einer mittelst Beckengurt gut befestigten äusseren Oberschenkelschiene. Dem Fuss-, Knie- und Hüftgelenk entsprechende Charniere thun der Wirksamkeit des Apparates keinen Eintrag. Am besten bei flectirtem Kniegelenk wird der Unterschenkel möglichst nach aussen rotirt und so an dem beschriebenen Ringe festgestellt. Selbstverständlich kann diese Auswärtsrotation des Unterschenkels schon gleich bei Beginn der Kur angestrebt werden, indem statt des Scarpa'schen Stiefels ein Apparat nach Lutter-Langenbeck, oder der Eingangs beschriebene Meusel'sche Apparat mit dem Condylenringe combinirt wird.

Rupprecht (Halle).

*) Statt des einfachen Charniergelenks empfiehlt sich vielleicht besser das Kugelgelenk, um auch im Sinne der Abduction auf den Fuss einwirken zu können. — Instrumentenmacher Baumgartel in Halle liefert Modelle zu dem Preise von 10,50 Mark. Ref.

Kleinere Mittheilungen.

Miramond. Frictions mercurielles sur le furoncle et l'anthrax.

(Journ. de méd. et de chir. prost. 1875. p. 114 et 157.)

Mit 5 bis 10 grm. Ungt. cinereum, durch 1 bis 2 Minuten auf den Carbunkel und 10 Cm. im Umkreis eingerieben, soll, nachdem die Stelle mit einer Compresse bedeckt ist und so der Ueberschuss der Salbe zurückgehalten wird, sofort Erleich-

terung und in 2 bis 3 Tagen Zertheilung der Geschwulst ohne Eiterung folgen. Das Bistouri wird nach den Beobachtungen des Verf.'s entbehrlich.

Pagenstecher (Elberfeld).

Cases of fracture of the skull.

(Med. tim. and gaz. 1875. March 13. p. 280.)

Guy's hospital (Birkett). 1) Schädelbasisfractur, Genesung.

Ein 8jähr. Mädchen war nach einem Falle bewusstlos geworden; am nächsten Morgen folgte Erbrechen; ein seröser Ausfluss aus dem linken Ohre hielt 14 Tage an. Genesung, ohne dass weitere Hirnsymptome eingetreten wären.

University college hospital (Heath). 2) Schädelbasisfractur. Genesung.

Ein 8monatl. Mädchen war 12′ hoch herunter gefallen; Blutung aus linkem Ohr und Nase, 10 Minuten Bewusstlosigkeit. Beide Pupillen anfangs weit, nicht reagirend. Keine Lähmung. 24 Stunden lang seröser Ausfluss. Genesung.

Middlesex hospital (Morris). 3) Schädelbasisfractur, Genesung.

Ein 52jähr. Mann war betrunken rückwärts gegen einen Pfosten gefallen. Anfangs Blutung, nach 5 Tagen rein seröser Ausfluss aus linkem Ohr, Verlust des Gehörs auf dieser Seite. Genesung ohne Hirnsymptome.

4) Schädelbasisfractur, Tod.

Ein 31jähr. Arbeiter wurde von einem Pferde auf den Kopf getreten, und setzte nach einigen Minuten Bewusstlosigkeit seinen Weg fort. Abends legt er sich mit Kopfschmerzen zu Bett, und stirbt nach einigen Stunden, 12 Stunden nach dem Unfall. Fractur der linken Schläfenschuppe bis zum Körper des os sphenoideum. Keine Hirnverletzung. Dura mater in mittlerer Schädelgrube durch ein orangengrosses Extravasat vom Knochen abgehoben.

Ranke (Halle).

Dolbeau. Hypertrophie de la lèvre supérieure.

(Séance de la société de chir. du 18. Nov. 1874.)

Ein Kind mit enormer Hypertrophie der Oberlippe wurde von D. in der Weise operirt, dass er die Haut und Schleimhaut der Lippe von dem Gewebe der Neubildung abpräparirte, letztere sodann exstirpirte, und durch die Naht Haut und Schleimhaut zur normalen Form wieder vereinigte. Die Untersuchung des pathol. Gebildes zeigte wesentlich das fibröse Gewebe der Lippe hypertrophirt, die Gefässe waren abnorm klein, nebstbei fanden sich abnorm reichliche Lymphlacunen darin. Die Hautfollikel hypertrophirt.

Désprès erklärt das Leiden für angeborene Elephantiasis. (Die Geschwulst gehörte wohl in die Gruppe der Lymphangiome. Ref.) **Fr. Steiner** (Wien).

G. Marcacci. Di una tracheotomia per corpo estraneo nelle vie aeree.

(Lo sperimentale 1875. Fasc. 1°.)

Ein ungefähr 4 Jahre altes Mädchen hatte eine Bohne in die Luftwege eingeschlürft. Trotz der plötzlichen Athemnoth und der klaren Aussage des Mädchens, glaubten die herbeigeholten Aerzte an einen beginnenden Croup, verordneten Blutegel etc. Erst Tags darauf wurden M. Vater und Sohn geholt. M. Vater führte alsbald die Laryngotomie aus. Dieselbe führte gar keine Erleichterung herbei. Im Gegentheil, da gleichzeitig Blut in die Trachea drang, wurde das Kind vollkommen asphyctisch. Mehrere Versuche, die Bohne tief unten in der Trachea zu fassen, misslangen vollständig. Da das Kind gar nicht athmete, führte M. Sohn einen Federbart in die Trachea, in der Absicht vielleicht reflectorisch Exspirationsbewegungen zu erzielen; in der That kam mit dem Federbart auch die Bohne aus der Wunde hervor. Doch das Kind athmete noch immer nicht. Es wurde regelmässig die künstliche Respiration unterhalten und endlich nach 5—6 Minuten traten die ersten Lebenszeichen wieder ein. Das Kind war gerettet. Die Wunde heilte per primam. Interessant bleibt immerhin die Art, wie der Körper extrahirt wurde und wie nach 5—6 Minuten währender vollkommener Asphyxie durch künstliche Athmung das Leben zurückkehrte. **Menzel** (Triest).

Gallard. Rétrécissement organique de l'oesophage; utilité du cathéterisme.

(Journ. de méd. et de chir. prat. 1875 p. 153.)

Nach allgemeinen, nur Bekanntes enthaltenden Bemerkungen über Oesophagusverengerungen wird ein Fall von am unteren Ende des Oesophagus sitzenden Carcinom erzählt, welches die Sonde nicht passiren konnte. Da es dem Pat. ganz unmöglich war, étwas zu schlucken, so wurde durch eine Fischbeinsonde mit Elfenbeinknopf die Strictur forcirt, wobei ganz deutlich das Gefühl des Durchdringens einer weichen zerreisslichen Masse empfunden wurde. Die Blutung war nicht nennenswerth, und der Kranke konnte sofort Flüssigkeiten schlucken. Eine zweite Bougirung mit stärkerem Knopf befähigt, feste Speisen zu nehmen, und kurz darauf verliess Pat., sich geheilt glaubend, das Hospital.

Pagenstecher (Elberfeld).

Fourestié. Luxation de la hanche réduite par les tubes de caoutchouc.

(Gaz. méd. 1875. No. 10. p. 117.)

Ein 23jähr., sehr kräftiger Mann wurde in aufrechter Stellung von einer schweren Erdlast getroffen und acquirirte eine luxatio ischiadica des linken Beins. Die nach 20 Stunden angestellten Repositionsversuche durch starke Flexion, Rotation nach aussen und plötzliche Extension bleiben ohne Erfolg. Der Kranke wird nunmehr auf einer auf dem Boden liegenden Matratze ausgestreckt, an das linke Bein zunächst eine starke nach unten eine Ansa bildende Binde gelegt, und durch diese ein doppelt zusammengelegter Kautschukschlauch gezogen, der mit einer zweiten Schlinge an einer im Saale befindlichen Säule befestigt wird. Nach oben wird in ähnlicher Weise eine Contraextension angebracht. Durch Zuknebeln der an der Säule befestigten Schlinge mit Hülfe eines Stockes wird nun eine starke Extension auf das Bein ausgeübt. Nach Verlauf von $^1/_4$ Stunde ist der grosse Trochanter herabgetreten und nun werden nach Durchschneidung der Schlinge die oben erwähnten Repositionsversuche wiederholt. Erst beim 3. Mal gelingt die Reposition unter hörbarem Krach. — F. glaubt hiernach diese Methode empfehlen zu können, muss indessen zugeben, dass man mit Hülfe des Chloroforms zu demselben Ziele gelangt wäre. **O. Volkmann** (Halle).

Poulet. Tumeur kystique de l'ovaire prise pour une grossesse utérine; ovariotomie dans la période ultime; mort par épuisement.

(Gaz. méd. 1874. No. 9. p. 105.)

Bei einer 47jähr. Frau trat unmittelbar nach einem Fall eine Vergrösserung des Abdomens ein, die unter heftigen Schmerzen, gastrischen Störungen und Ausbleiben der Menstruation allmälig zunahm. Ein consultirter Arzt hielt trotz Gegenvorstellungen der Kranken den Zustand für Schwangerschaft und als nach einiger Zeit die Schmerzen an Heftigkeit zunahmen, erklärte er, es sei Zeit, nach einer Hebamme zu schicken. Auch diese war von der Schwangerschaft und der sich vorbereitenden Geburt überzeugt. Als endlich P. herzugerufen wurde, fand er den Uterus von normaler Grösse, beweglich und nach links dislorirt. Nach rechts und vorn von ihm lag ein grosser, ziemlich harter aber fluctuirender Tumor. Nach Sicherstellung der Diagnose auf eine Ovarialcyste entschloss sich P. bei der verzweifelten Sachlage die Ovariotomie zu machen. Ein 22 Cm. langer Schnitt durch die Bauchwandungen liess den Tumor sofort zu Tage treten und ohne Schwierigkeit bis auf den fingerdicken Stiel herausbefördern. Letzterer wurde in Ermangelung eines Clamps mit einer starken Seidenligatur abgebunden und ohne Blutung durchschnitten. Entfernung von ca. $^1/_2$ Liter blutiger Flüssigkeit aus der Bauchhöhle, Einführung eines Stückes Kautschukrohrs neben dem Cystenstiel und Verschluss der Wunde durch eine tiefe (Zapfennaht) und oberflächliche Naht. Dauer der Operation ca. 20 Minuten. — Trotz sorgfältiger Pflege starb die Kranke 28 Stunden nach der Operation an Collaps.

Der 8 Kgrm. schwere Tumor erwies sich als eine maligne, multiloculäre Cystengeschwulst mit theils blutigem, theils viscidem Inhalt.

O. Volkmann (Halle).

B. Sandri. Un nuovo caso d'operazione cesarea.

(Lo sperimentale 1875. Fasc. 1°.)

Ein rachitisch verkrüppeltes Zwergweib, Erstgebärende, hatte seit 48 Stunden erfolglose Wehen. Der Beckenring war so enge, dass eine Einkeilung nicht möglich war. Auch die Embryotomie wäre wegen der hohen Lage des Fötus nicht ohne grosse Gefahren ausführbar gewesen. S. machte darum den Kaiserschnitt in der linea alba und vernähte die Bauchwunde vollkommen. Die obere Hälfte derselben heilte per primam, während die untere durch 2 Wochen hindurch ziemliche Eitermengen entleerte. Da durch die Scheide gar kein Abfluss stattfand, so vermuthete S., dass der Cervicalcanal verstopft sei und führte einen metallenen Katheter in die Uterushöhle, ohne denselben liegen zu lassen. Von diesem Augenblick an floss fast alles Secret durch die Scheide und fast nichts mehr durch die Wunde, welche in kürzester Zeit vernarbte. Das Kind lebte 3 Wochen lang.

(Ref. glaubt, dass es vielleicht nicht unzweckmässig wäre, von Anfang an gleich bei der Operation eine Gummiröhre durch Bauchwunde, Uterus und Scheide einzulegen, um den Abfluss der Uterussecrete durch die Scheide zu sichern, wobei freilich zu entscheiden bliebe, ob der Uterus das längere Liegenbleiben der Gummiröhre vertrüge.) **Menzel** (Triest).

Bizzozero. Perivaginite flemmonosa dissecante.

(Società di medic. e chir. — Gazz. de cliniche 1875. No. 5.)

Ein 38jähr. Weib trat unter hohem Fieber in's Spital. Schmerzen im Unterleib, Dysurie, oberflächliche Hautabschürfungen der grossen und kleinen Labien. Am 12. Tage stiess sich aus dem cavum vaginale ein sackförmiges Gewebsstück ab, welches B. als die Vagina mit der portio vagin. uteri erkannte. Die Länge des Sackes beträgt 6 Cm., der Durchmesser 4 Cm. Die innere Fläche ist ziemlich glatt. Mikroskopisch erkennt man die Papillen. Das Epithel fehlt vollkommen.

Nach der Ausstossung der Vagina folgte eine ausgedehnte Perimetritis, welche ebenfalls überstanden wurde. Zwei Monate später findet man die obere Portion der Scheide durch einen derben fibrösen Canal ersetzt, welcher zur Noth der Spitze des untersuchenden Fingers Eingang gestattet.

In der medic. Literatur scheinen sich nur 3 ähnliche Fälle vorzufinden; zwei von Marcounet in Moskau beobachtet, beide geheilt, der 3. von Minkewitsch in Tiflis mit tödtlichem Ausgang. **Menzel** (Triest).

London hospital. Heart disease, plugging of the axillary artery, gangrene of forearm, recovery after amputation.

(Med. tim. and gaz. 1874. Novbr. 28. p. 603.)

Patient, ein 52jähr. Mann, litt seit 35 Jahren an einem Mitralfehler. Am 1. Septbr. 1873 fühlte er Morgens ganz plötzlich ohne jede Veranlassung einen heftigen Schmerz im linken Unterarm. 2 Tage später wurde er mit ausgesprochener Gangrän des Armes in's Hospital aufgenommen, auch in der Axillaris war ein Puls nicht fühlbar. 2 Zoll unter dem Ellenbogengelenk bildete sich eine Demarcationslinie. Man entfernte die gangränösen Theile, liess die vorstehenden Knochen nekrosiren, entfernte dieselben nach 2 Monaten, und erhielt schliesslich einen im Ellenbogengelenk gut beweglichen Stumpf, wie er durch eine Amputation mit Lappenbildung nicht zu erhalten gewesen wäre. **Ranke** (Halle).

Hulke. Large congenital scrotal rupture, herniotomie, death. Middlesex hospital.

(Med. tim. and gaz. 1874. Decbr. 12. p. 658.)

Pat., ein 60jähr. Arbeiter, wurde mit einer noch nicht 24 Stunden eingeklemmten, grossen Scrotalhernie aufgenommen. Nach vergeblichen Taxisversuchen zunächst äusserer, dann innerer Bruchschnitt. Ein Theil der nicht stark entzündeten Eingeweide konnte starker Adhäsionen wegen nicht in die Bauchhöhle zurückgebracht werden. Naht, antiseptischer Verband. 5 Tage später Perforation des

adhärenten Darmstückes trotz bisherigen Wohlbefindens und erfolgtem Stuhlgange, Peritonitis folgte, Tod am 10. Tage nach der Operation. Die Perforation fand sich am Ende der adhärenten, colossal verdickten Darmschlinge.

Ranke (Halle).

Hulke. 2 Herniotomien im Middlesex hospital.

(Med. tim. and gaz. 1875. Jan. 16. p. 60.)

1) Einklemmung einer Schenkelhernie mit gleichzeitiger innerer Einklemmung.

Eine 64jähr. Frau, seit 7 Jahren mit einer rechtsseitigen Schenkelhernie behaftet, fand dieselbe seit 2 Tagen unreponirbar. Gewöhnliche Einklemmungssymptome. Bei der Herniotomie wurde nur ein kleines Stück Netz nach Lösung alter Adhäsionen reponirt. Unter Fortdauer der Einklemmungserscheinungen Tod am 4. Tage nach der Operation. Das reponirte Netz war brandig. Das untere Ende des Ileum durch einen in's Becken herabgehenden Strang verschlossen. Beginnende allgemeine Peritonitis.

2) Eingeklemmte Femoralhernie mit mehreren falschen Bruchsäcken.

Eine 40jähr. Frau kam mit einer rechtsseitigen Femoralhernie nach 4tägiger Einklemmung zur Operation. 3 Cystenwände, jede für den Bruchsack imponirend und von einander durch Serum getrennt, mussten durchtrennt werden, ehe man auf den eigentlichen Sack gelangte. Tod an diffuser Peritonitis bei Gangrän der eingeklemmt gewesenen Darmschlinge. **Ranke** (Halle).

Hulke. Middlesex hospital. 4 Herniotomieen.

(Med. tim. and gaz. 1875. Jan. 23. p. 86.)

1) 41jähr. Arbeiter, seit 4 Stunden eingeklemmte äussere Inguinalhernie rechts. Herniotomie: kleine Dünndarmschlinge mit vielen Extravasaten. Reposition, antiseptischer Verband. Heilung.

2) 50jähr. Frau; nach Bruch eines Bruchbandes war vor 24 Stunden die rechtsseitige Inguinalhernie eingeklemmt. Operation. Peritonitis. Erster Stuhlgang am 13. Tage. Heilung.

3) 32jähr. Frau; seit 12 Stunden eingeklemmte Femoralhernie. Operation. Antiseptischer Verband. Eiterung, Heilung.

4) 20jähr. Mann; grosse Scrotalhernie; Reposition nach äusserem Bruchschnitt. Heilung. **Ranke** (Halle).

A. di Bernardo. Le chloral contre l'ulcère du col utérin.

(Gaz. hebdom. 1874. No. 47.)

Eine 29jähr., sonst gesunde, etwas anämische Frau hatte vor 2 Jahren abortirt, woher ein heftiger Uterinalkatarrh datirte. Bei der Vaginaluntersuchung fand B. eine ausgedehnte Ulceration um den Muttermund herum. Jodtinctur, Perchlor. ferri, Arg. nitr. in Substanz, selbst concentrirte Schwefelsäure dagegen angewandt, blieben gleich erfolglos. B. versuchte nun das Chloral in einer Lösung von 2 grm. Chloral auf 25 grm. destill. Wasser. Nach 5—6 Bepinselungen mit dieser Lösung war das Geschwür — im Ganzen in 14 Tagen — völlig geheilt. Gleich aufmunternd war der Erfolg in einem 2. Falle von Ulc. colli. uterin. Um die Heilung ganz zu sichern, empfiehlt B., noch einige Tage über die Zeit hinaus, wenn das Geschwür schon geheilt ist, die betreffende Stelle zu bepinseln.

Wie wirkt hier das Chloralhydrat? B. meint, es wirke als local umstimmendes Mittel; die andere Hypothese, wonach sich das Chloralhydrat unter Einwirkung des alkal. Vaginalschleimes in Ameisensäure und Chloroform umwandle, verwirft er.

Fr. Steiner (Wien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Halle a. S. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 21. Sonnabend, den 22. Mai. **1875.**

C. Thiersch. Klinische Ergebnisse der Lister'schen Wundbehandlung und über den Ersatz der Carbolsäure durch Salicylsäure.

(Sammlung klinischer Vorträge No. 84 u. 85.)

Wenn wir es unternehmen, über die vorliegende Arbeit von Th. hier zu berichten, so müssen wir von vornherein gestehen, dass das nur in allgemeinen Umrissen geschehen kann. Es würde uns zu weit führen, wollten wir den reichen Inhalt, besonders auch die mitgetheilte Casuistik nach Gebühr detaillirt wiedergeben. Ein Jeder, welchem die positiven Fortschritte auf dem Gebiete der Wundbehandlung am Herzen liegen, wird dem Original der hier nur skizzenhaft wiedergegebenen Arbeit des Verf. ein eingehendes, ernstes Studium widmen müssen.

Th. berichtet über eine 10monatliche chirurgische Thätigkeit, er

giebt keine Auswahl von Fällen, sondern einen Ueberblick über das gesammte während der genannten Zeit antiseptisch behandelte Material. —

Gewissermassen als Vorrede bespricht Vf. die Theorie von der Fermentwirkung der Luft mit den darin suspendirten Partikeln, und betont das Unklare und Lückenhafte der bisherigen Anschauungen. Therapeutische Versuche können aber bis zur völligen Aufklärung nicht warten; und in der That habe die von Lister herrührende Methode der antiseptischen Wundbehandlung sich bewährt.

Im ersten Theile der Arbeit wird die historische Entwicklung der Ansichten über Wundbehandlung gegeben, soweit sie für das Entstehen der antiseptischen Methode von Wichtigkeit sind. Ambroise Paré hatte die Lehre von der giftigen Beschaffenheit der Schusswunden als neunzehnjähriger Chirurg 1536 durch Zufall widerlegt gefunden nach Erstürmung von Villane. Doch nur schwer brachen sich Paré's neue Ideen Bahn. Johannes de Vigo raisonnirte: Die Schusswunde sei eine gequetschte, da die Kugel rund, eine verbrannte, da die Kugel heiss, und eine vergiftete, da Pulver giftig; vor Allem müsse das Gift vernichtet werden. Dagegen nahm schon Paré an, dass in der Wunde selbst sich die vergiftende Substanz unabhängig von Pulver und Blei entwickele, und schob die Ursache auf Anhäufung fauliger Stoffe in der Luft; seine Sectionsbefunde bei der Belagerung von Rouen ergaben deutlich pyämische Symptome. Seine Theorie über den Einfluss der Fäulnissproducte auf Wundverlauf schwand nicht mehr aus dem Gesichtskreis der Aerzte. 1775 theilte John Pringle über septiche und antiseptische Substanzen Ansichten und Versuche mit, die an die jetzt üblichen erinnern. — Die Natur der schädlichen Substanzen hielt man für gasförmig. Dass die Fäulnisserreger organischen Ursprungs seien, wurde durch die Koch- und Erhitzungsversuche von Fr. Schulze, Schwann und Helmholtz bewiesen. Die nicht gasförmige Natur derselben demonstrirten zuerst Dusch und Schröder durch Filtration der Luft durch Watte, hierauf auch Pasteur. Gegen die Ansicht derer, welche lediglich in der Persönlichkeit von Microorganismen das Wesentliche suchen, bemerkt Th.: »Wir kennen physiologische Fermente, die, wenn auch in Zellen entstanden, in Wasser löslich sind und beim Eintrocknen ihre Fermenteigenschaften bewahren, und warum sollten nicht solche lösliche Fermente auch in Faulflüssigkeiten vorkommen? So lange es nicht gelingt, in vollständiger Weise die Microorganismen von ihrer Nährflüssigkeit zu trennen, oder sie aus dem atmosphärischen Staube zu isoliren, oder so lange wir keine Methode haben, in einer fäulnissfähigen Flüssigkeit die Microorganismen zu tödten ohne die Albuminate zu modificiren, wird man dies für eine offene Frage halten dürfen.«

Lister ging zuerst von der Idee aus, dass man einer offenen Wunde die Dignität einer subcutanen dadurch geben könne, dass man die bereits in die Wunde eingedrungenen Fermente zerstört und danach

nur desinficirte Luft zutreten lässt. — Th. bemerkt hierzu, dass atmosphärische Fermente auch im gesunden Organismus vorhanden sind. Nach Billroth's und Tiegel's Versuchen kommen sie, so zu sagen latent im gesunden Körper vor und können dann den erforderlichen Nährboden in der Wunde finden, in welche sie mit der Circulation hingelangen. — Als Haupterfordernisse für jeden Verband stellt Th. auf: Ruhe des verletzten Theiles, ungehinderter Abfluss der Wundflüssigkeiten und Verhütung oder Beseitigung septischer Vorgänge. Hierbei wird abgesehen von Verletzungen der Leibeshöhle und ihrer Organe und von Einwirkung der Wärme und Kälte. Von letzterer erwartet Th. keine antiseptische Wirkung und hält sie nur da für hülfreich, wo es sich um die unmittelbare nur durch die Verletzung bedingte mechanische Veränderung handelt. — Mit Rücksicht auf obige drei Puncte wird die zuerst von Vincenz von Kern ausgeführte offene Wundbehandlung besprochen. Stromeyer adoptirte dies Verfahren; Vezin, Bartscher, A. Burow und Rose wandten es an. Es genügt in zwei Puncten, der Ruhestellung und dem Abfluss der Wundsecrete in hohem Grade und ist auch antiseptisch insofern nicht ganz unwirksam, als die in der Wunde gebildeten Fäulnissproducte nicht zurückgehalten werden. Als Nachtheile sind zu erwähnen, dass die Methode die Entstehung von Zersetzungsproducten auf der Wundfläche nicht verhindert und theilweise oder ganz auf die erste Vereinigung verzichtet. Den ersten Nachtheil beseitigte Bardeleben, indem er die offene Wundbehandlung mit antiseptischer Berieselung verbindet. — Gegenüber der offenen Wundbehandlung stehen die Versuche, Heilung unter einem fest angetrockneten Schorfe erfolgen zu lassen. Diese Methode bot Lister den Ausgangspunct für seine ersten Versuche. Alph. Guérin empfahl einen lange liegen bleibenden Watteverband, welcher die Luft filtriren und Fermente zurückhalten sollte. Ollier netzte Watte und Wunde mit Carbolsäure und hielt somit nicht nur die Fermente fern, sondern suchte noch die in Watte und Wunde enthaltenen zu zerstören. — Von den bis vor kurzem noch gebräuchlichsten Verbänden, welche durch häufigen Wechsel die Ruhe störten, durch mechanischen Druck die Retention der Wundsecrete bedingten und durch ihre Salben und Verbandmittel durchaus ungenügend desinficirten, hält Th. nichts. Es sind dies die bekannten Charpie- und Salbenverbände, welche den Schwerpunct in einer arzneilichen Behandlung der Wundfläche und in dem Abschluss derselben unter einem Deckverbande suchten. Man könnte diese Art und Weise als die reizende Wundbehandlung bezeichnen. Ein Stadium der Reinigung und Granulationsbildung pflegt dabei vorzukommen. Th. erinnert bei dieser Gelegenheit an den Fridericianischen Generalarzt Bilguer, den Begründer der conservativen Richtung in der Kriegschirurgie, welcher die sonst der Amputation verfallenen Glieder mit allen möglichen antiseptischen Stoffen verband und verhältnissmässig gute Resultate erlangte.

Vom Lister'schen Verbande sagt Verf., dass bei ihm hinsichtlich der drei Haupterfordernisse Ruhe, freier Abfluss und Antisepsis, der Schwerpunct in der Antisepsis, richtiger in der Asepsis liege. Nach Versicherung L.'s selbst vermag seine Methode jeder fauligen Zersetzung im Bereich der Wunde vorzubeugen oder sie im Keime zu ersticken, und zwar nicht, wie bei den anfänglichen Versuchen, durch Aetzung der Wunde mit concentrirter Carbolsäure, sondern durch andauernde Wirkung sehr geringer Mengen dieses Präparates. Dies zugegeben, wird aber, besonders in der ersten kritischen Zeit die Ruhe durch öfteren Verbandwechsel gestört und ist der Abfluss der Secrete oft nicht so frei, wie bei offner Wundbehandlung, obwohl die Drainageröhren einigermassen der Retention vorbeugen. Gelingt die Asepsis, so haben diese Mängel weniger zu sagen, gelingt sie nicht, so ist der Verwundete schlimmer daran, als wenn der Versuch unterblieben wäre; es ist zu dem traumatischen Vorgang die reizende Wirkung der Carbolsäure hinzugetreten und in Folge der Verhaltung sind septische Stoffe in die Circulation gelangt. Bei complicirten Fracturen, die nicht ganz frisch in Behandlung kommen, hält es Th. deshalb für bedenklich, den Abfluss der Wundsecrete irgendwie zu hemmen. — Was die Wahl des Lister'schen Antisepticums betrifft, so ist sie nicht frei von jedem Einwand. Die Carbolsäure reizt, in concentrirtem Zustande; die Wahrscheinlichkeit des aseptischen Verlaufes sinkt aber mit der Verdünnung. Lister selbst hat daher noch mit dem von Morgan empfohlenen Chlorzink, dann mit Borsäure, und Alkohol Versuche gemacht. Chininpräparate sind zu theuer und wirken zu schwach; andere Mittel, Chlorverbindungen, schweflige Säure, übermangansaure Salze etc. zersetzen sich zu schnell und werden unwirksam. Die Carbolsäure ist ferner zu flüchtig. — Ein vielfach günstiger Ersatz ist nach Th. die Salicylsäure. Aus theoretischen Gründen, da sie derselben Reihe aromatischer Substanzen angehört, wie die Carbolsäure und andere mehr oder minder antiseptische Stoffe, wurde sie durch Professor Kolbe dem Verf. zu Versuchen empfohlen, nachdem Kolbe eine billigere Darstellungsweise (aus Carbolsäure und Kohlensäure) angegeben. Salicylsäure, schön weiss krystallisirt, löst sich bei Zimmertemperatur in destillirtem Wasser im Verhältniss von 1:300. Dieses »Salicylwasser« besitzt starke antiseptische Wirkung. Blut erleidet durch Salicylsäure Fällung und wegen seines Eisengehaltes violette Färbung. Aus Eiterserum fällt Salicylwasser die Albuminate, und zwar in grösserer Menge, als einprocentiges Carbolwasser; frische und granulirende Wunden werden durch Berieselung mit Salicylwasser nicht entzündlich gereizt; bei Bildung von einer weissen Gerinnungsschicht durch Fällung aus dem Eiterserum bleiben die Granulationen darunter unversehrt. Nach längerer Berieselung von Wunden lässt sich Salicylsäure im Harn nachweisen, bisweilen unter olivengrüner Färbung desselben. Giftige Wirkung hierbei und bei innerlichem Gebrauch von 0,5 grm. und mehr pro die ist nicht erfolgt. Farblose Blut- und Eiterkörperchen werden durch die Säure in ihrer Form

conservirt, bei rothen wird der Farbstoff an der Peripherie angehäuft. Jauchende und stinkende Wunden werden durch Reinigen und Bestreuen mit Salicylsäure in Substanz desodorisirt, und es gelingt, die Wiederkehr des Geruchs zu hindern, wenn die jauchenden oder mortificirten Gewebe nicht über eine gewisse Dicke (0,2—0,5 Cm.) gehen. — Die Technik der Salicylbehandlung besteht darin, dass wie beim Lister'schen Verfahren durch Carbolsäure, hier durch Salicylsäure der Zutritt atmosphärischer Fermente zur Wunde während der Operation unschädlich gemacht wird. Der Salicylnebel wirkt, trotzdem die Salicylsäure bei Zimmertemperatur nicht flüchtig ist, antiseptisch wie Carbolspray. Er ist geruchlos, reizt aber zum Niesen und Husten; auch die Hände werden dabei rauh, wie durch Carbolsäure. Sodann muss stets eine hinreichende Menge des Antisepticum im Bereich der Wunde zugegen sein, um die unabhängig von den Luftfermenten auftretenden Veränderungen der Wundflüssigkeiten etc. zu beeinflussen. Dazu dient ausser Salicylwasser besonders Watte, welche mit krystallinischer Salicylsäure in verschiedenem Procentverhältniss (3 % und 10 %) imprägnirt ist.

Um längere Zeit hinreichenden Vorrath von Salicylsäure im Bereich der Wunde vorräthig zu haben, ohne den Verband zu erneuern, lässt sich ein Salicylwatteverband anlegen, welchem entweder immer neue Watteschichten aufgelegt werden (trockner Salicylverband), wenn Blut oder Exsudat an die Oberfläche kommen, oder welchem durch Berieselung neue Quantitäten von Salicylsäure zugehen (nasser Salicylverband). Als dritte Methode kommt die offene Wundbehandlung mit Salicylberieselung zur Anwendung.

(Schluss folgt.) **v. Mosengeil** (Bonn).

A. Bergeron. Sur la présence et la formation des vibrions dans le pus des abscès.

(Comptes rendus T. 80 (1875). p. 430—32.)

B. hat auf der Abtheilung von Gosselin den Inhalt von Abscessen, die niemals mit der äusseren Luft in Communication standen, einer mikroskopischen Untersuchung unterworfen. Da er sich überzeugt haben will, dass Carbolsäure die Vibrionen nicht tödtet, sondern nur »einschläfert«, so wandte er statt derselben eine 10% Lösung von unterschwefligsaurem Natron an, von der ein einziger Tropfen nach Verf. zur Tödtung von Myriaden dieser Gebilde genügen soll. Mit dieser Lösung wurden alle Instrumente und die Haut des Kranken über dem zu eröffnenden Abscess gründlich gereinigt. Zum Auffangen des Eiters benutzte er kleine Glasröhren, die zuvor in die erwähnte Lösung getaucht und zur sicheren Vernichtung darin etwa noch vorhandener Keime über der Flamme erhitzt und dann sofort in den Abscess hineingesenkt wurden. Der Inhalt der Röhrchen wurde unmittelbar nach dem Herausziehen mikroskopisch untersucht.

B. hat 18 Fälle in dieser Weise geprüft und ist zu folgenden Resultaten gelangt:

1) Bei Erwachsenen (von 22—60 Jahren) finden sich in heissen Abscessen, die sich spontan und ohne äussere Wunde entwickelt haben, bewegliche und unbewegliche organisirte Gebilde; diese stellten sich theils als rosenkranzartig angeordnete, in lebhaft oscillirender Bewegung begriffene Kügelchen, theils als durchsichtige, undulirend sich fortbewegende Stäbchen (Vibrionen), theils als stark lichtbrechende bewegliche Körnchen dar, die mit den Kystes von Pasteur Aehnlichkeit haben. Bei Kindern bis zu 11 Jahren fand er niemals diese Gebilde.

2) Im Eiter kalter Abscesse (Coxitis, fungöse eitrige Arthritis, chron. Adenitis, Caries der Rippen u. s. w.) fehlen dergleichen Organismen constant, sowohl bei jugendlichen, wie bei erwachsenen und alten Individuen.

Auffallend ist die Differenz im Befund bei heissen Abscessen zwischen Kindern und Erwachsenen. B. ist geneigt, mit der Abwesenheit der Vibrionen bei den acuten Abscessen der Kinder den Umstand in Verbindung zu bringen, dass letztere in der Mehrzahl der Fälle vor septischer Infection geschützt bleiben.

J. Munk (Strassburg i/E.).

Jacobs. Vergiftungen durch Leuchtgas.

Köln, **Du Mont-Schauberg'sche** Buchhandlung, 1875. 32 S.

J. lenkt die Aufmerksamkeit der Aerzte von Neuem auf eine bisher wenig beachtete Art gasiger Vergiftungen, die durch Leuchtgas. Ausführlich berichtete Fälle englischer und deutscher Autoren, sowie 3 selbst beobachtete, beweisen, dass derartige Unglücksfälle gar nicht so selten sind. Die Erscheinungen ähneln denjenigen bei Kohlenoxydgasvergiftungen und bestehen in Kopfschmerz, Schwindel, Uebelkeit und Erbrechen, Benommenheit des Sensoriums, Sinken des Pulses und der Respiration bei gleichzeitiger Steigerung der Temperatur, Muskelschwäche, Coma, Convulsionen, Tod. In einigen Fällen schwerer Betäubung blieben noch lange Zeit psychische Störungen und trophische Veränderungen des Hautorgans zurück. — Nach Versuchen von Tourdes hat das im Leuchtgase enthaltene CO (21,9%) den wesentlichsten Antheil an der Intoxication. — Behandlung und Prophylaxe wie bei Kohlendunstvergiftung. **Arn. Hiller** (Berlin).

Beely. Der Gyps-Hanf-Schienen-Verband.

(Aus der Klinik des Prof. Schönborn in Königsberg. — Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 14.)

Verf. betont das seit Anwendung des Lister'schen Verfahrens sich herausstellende Bedürfniss nach guten Schienen. Ausgehechelter Hanf, dessen Fasern parallel liegen, wird in schmale Bündel abgetheilt (3—4 Cm. breit, 1 Cm. dick), diese werden mit Gypsbrei ge-

tränkt und je nach Bedürfniss 2—6 solcher Bündel auf die oben befindliche Partie der vorher eingeölten Extremität gelegt. Zu lange Hanfbündel schlägt man um; zu dünne Stellen kann man zu jeder Zeit noch verstärken, gebrochene durch neue Auflagerungen flicken. Nach 5—10 Minuten sind die Schienen fest zum Abnehmen; man kann sie wasserdicht machen, mit Watte polstern etc. Schienen, die nicht sofort abgenommen werden sollen (einfache Fracturen) werden durch eine wollene Rollbinde, während sie noch feucht sind, an die Extremität angewickelt. Sind Wunden an den Extremitäten, so legt man Guttaperchapapier über dieselben, welches dann an die Schiene anklebt, diese vor Nässe schützt und abgewaschen werden kann. Will man Suspension anbringen, so legt man gebogene Haken oder Oesen von Drath ein.

v. Mosengeil (Bonn).

G. Leopold. Urticaria febrilis infolge von Application von Blutegeln.

(Archiv f. Gynäkologie. Bd. VII. Hft. 3.)

Eine sehr reizbare, hysterische Frau von 31 Jahren, welche an chronischer Metritis und einem alten Exsudat im Douglas'schen Raume litt, bekam unmittelbar nach der Anlegung von 8 Blutegeln an die Kreuzbeinfläche Zeichen heftiger Gefässaufregung am Kopf, Anschwellung der Mundschleimhaut, der Zunge, der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut und Eruption eines Urticaria-Exanthems an der Saugstelle, welches sich anfänglich von der Sacralgegend aus über die Hinterfläche des linken Beines bis zur Kniekehle und dem Malleolus ext. verbreitete, an den folgenden Tagen jedoch auch alle übrigen Stellen des Körpers, zuletzt Hals, Gesicht und Kopfhaut befiel und von hoher Temperatursteigerung grosser Pulsfrequenz, sowie Störungen des Allgemeinbefindens begleitet war. Erst nach 6 Tagen war die Affection abgelaufen.

Dieser Fall unterscheidet sich von denen Scanzoni's (s. dessen Lehrbuch) dadurch, dass letztere nur auf die Application von Blutegeln an die Vaginalportion beobachtet wurden und von nur 1 stündlicher bis höchstens 2 tägiger Dauer waren. L. erklärt diese Affection so, »dass durch den Blutegelreiz der schon an und für sich stark erregten Uterin- und Kreuzbeinnerven, auf dem Wege des Reflexes ein so mächtiger Reiz auf das Gefässnervencentrum ausgeübt wurde, dass diesem unmittelbar eine Lähmung desselben in Gestalt der Blutüberfüllung folgte«.

Arn. Hiller (Berlin).

Leblond. De l'emploi du cautère actuel dans les maladies uterines.

(Annales de Gynécologie 1874. T. I.)

L. führt aus, dass selbst auf tiefe Aetzungen des Collum kein Narbengewebe folgt; die Schleimhaut stelle sich von selbst wieder her

und nach einer gewissen Zeit ist keine Spur von Aetzung mehr zu sehen. — Leichte und schnelle Aetzung mit dem Glüheisen dagegen erzeugt nicht, wie bei tiefer Aetzung, Blutgerinnung in den Gefässen, sondern bewirkt nur stärkeren Blutandrang und Bildung neuer Blutgefässe. — Die Wirkung des Glüheisens auf die Menstruation ist fast Null. Nur beobachte man nicht selten regelmässigere Menses nach früherer Unregelmässigkeit. Im Allgemeinen sei es nothwendig, nach Verf. das Glüheisen nur eine gewisse Reihe von Tagen vor oder nach der Periode anzuwenden. — Diesen physiologischen Wirkungen entsprechend sieht Verf. die Hauptindicationen des Glüheisens in der chronischen Metritis und im Uteruscarcinom. — Die chronische Metritis hat zwei Perioden: die Infiltration und die Induration. Im ersten Fall bringe die energische und tiefe Aetzung vortreffliche Resultate. Mehrere Aetzungen in ca. 14tägigen Pausen reduciren das Collum auf ein beträchtlich geringeres Volumen. — Im Stadium der Induration regt nach L. eine leichte und schnelle Aetzung (in nur 8—10-tägigen Pausen) den Uterus zu neuer Ernährung an.

Während der Schwangerschaft das Glüheisen auf starke Geschwüre im und am Collum anzuwenden, hält Verf. nicht für räthlich. Im Nothfall dürfe das Eisen keinesfalls in den Cervicalcanal, noch weniger bis zum innern Muttermund vordringen.

Gegen das Uteruscarcinom soll das Glüheisen nur angewandt werden, wenn in noch jungem Stadium die Wucherungen auf der Schleimhaut sitzen. In weiter fortgeschrittenen Fällen sei das Glüheisen wegen zu vieler drohender Gefahren nicht zu brauchen. Hier kann es sich nur um eventuelle Entfernung durch Galvanocaustik handeln.

Unter den Gegenanzeigen des Glüheisens stehen nach Verf. obenan die Entzündungen der Nachbarorgane und ein gewisser Entzündungsgrad des Uterus selbst.

Unter den Methoden, den Uterus zu brennen, erwähnt Verf. ganz kurz zunächst das gewöhnliche Glüheisen, zweitens die Nélaton'sche Art, mittelst einer Gasflamme eine leichte Aetzung hervorzurufen, und drittens die Galvanocaustik. Die Operation ist im Hause der Pat. vorzunehmen, die Letztere hat sich danach mehrere Tage ruhig zu verhalten.

Leopold (Leipzig).

Kocher. Die Krankheiten des Hodens, Nebenhodens und Samenstranges.

(Handbuch der Chirurgie von Pitha und Billroth. Bd. III. 2. Abthlg. 7. Liefg. 2. Hälfte.)

Der Schluss des im Centralbl. f. Chir. 1874, No. 30 besprochenen Buches. Ref. kann auch über diese zweite Hälfte nur das wiederholen, was er an der citirten Stelle gesagt hat. Vollständige Benutzung der Litteratur, eingehende eigene pathologisch anatomische Untersuchungen und Vervollständigung des Materials durch Herbeiziehung der

Präparate einzelner Universitätskliniken stempeln die Arbeit zu der ausführlichsten und eigenartigsten, die wir über das Kapitel der Hodenerkrankungen augenblicklich besitzen. **Wilh. Koch** (Berlin).

Fürst. Die Maass- und Neigungsverhältnisse des Beckens nach Profildurchschnitten gefrorener Leichen.

Leipzig. **Veit & Comp.** 1875.

Verfasser's neue Idee ist, aus einer Reihe bisher veröffentlichter Abbildungen von Profildurchschnitten, denen er selbst mehrere neue aus dem Arbeitssaale des Herrn Prof. Braune hinzufügt, Normaldurchschnittszahlen für die Maasse des männlichen und weiblichen Beckens zu gewinnen. Für die weiblichen Becken hat er 22 Durchschnitte (Le Gendre, Pirogoff, Braune), für die männlichen 10 (derselben Autoren und eigene Beobachtungen) zu diesem Zwecke zusammenstellen können. Die Tabellen müssen im Originale nachgesehen werden.

Der Arbeit voraus schickt Verf. eine historisch-kritische Uebersicht der bisherigen Anschauungen über die Neigungsverhältnisse des Beckens und der Herstellungsmethoden von Profildurchschnitten.

Ahlfeld (Leipzig).

Madelung. Die Aetiologie und die operative Behandlung der Dupuytren'schen Fingerverkrümmung.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 15.)

Verf. erwähnt zuerst die fast einstimmige Erklärung vieler Autoren, dass die operative Behandlung des betreffenden Leidens erfolglos sei, bestätigt Eulenburg's Behauptung, dass dasselbe durchaus nicht nur, wie Dupuytren angiebt, nach harter Handarbeit sich einstelle, sondern auch bei gut situirten Leuten vorkomme. Aetiologisch glaubt er Entzündungen des Handtellers, besonders chronischer Art, beschuldigen zu müssen, auch wenn dieselben lange vorher bestanden. Es wird ein Fall erwähnt, in welchem die Contractur der fascia palmaris eintrat, nachdem ein Ring Druck veranlasst und desswegen entfernt worden war. Bei einem Lootsen waren, was selten beobachtet ist, auch die Daumen flectirt. Bei den meisten älteren Leuten finden sich allgemeine Beugestellungen der Finger, Glätte der vola manus, Fehlen der Monticuli, letzteres bedingt durch den Schwund der zwischen die straffen Bindegewebsstränge eingesprengten Fetttäubchen. Dies Schwinden des Fettes macht die den Fascialpartien zugefügte Druckinsulte intensiver, es wird dadurch ein Zustand chronischer Entzündung hervorgerufen, der erst Hyperplasie, dann Schrumpfung der fibrösen Stränge bewirkt, also Beugestellung veranlasst. — Das Verfahren von Busch besteht darin, dass bei nach oben gekehrter Vola die Hand fixirt, der contrahirte Finger permanent extendirt und ein Hautlappen von spitzwinkliger Form abgelöst wird; die Basis desselben liegt in der Furche

des betreffenden Metacarpo-Phalangealgelenkes, die Spitze an dem Punct der Handfläche, der bei äusserster Streckung am weitesten nach dem Innern der Vola gelegen, sich anspannt. Mit dem Lappen präparirt man möglichst viel Unterhautbindegewebe ab. Dabei werden viele fibröse Stränge durchschnitten, die von der fascia palmaris zur Haut gehen. Auf der nun freiliegenden Fascie werden durch lauter kleine Schnitte alle festeren Fasern incidirt, welche sich stärker spannen. Ist so die Streckung gelungen, so kann man unter Umständen die unteren Ränder der Wunde durch Suturen vereinigen. Bei der Nachbehandlung ist zu beachten, dass orthopädische Uebungen erst nach Eintritt der Granulationen erlaubt sind; erst dann kann von der Dehnbarkeit des Granulationsgewebes, worauf Busch a. a. O. aufmerksam gemacht, Nutzen gezogen werden. Am besten macht man active und passive Bewegungen im Handbad. Reverdin'sche Transplantationen unterstützen eventuell die Heilung. **v. Mosengeil** (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

Lebouoq. Sur le développement des capillaires et des globules sanguins chez l'embryon.

(Bulletin de la société de médecine de Gand 1875. L.-A.)

L. untersuchte das mittlere Keimblatt mehrerer Säugethierembryonen in verschiedenen Entwicklungsstadien und fand, dass die Gefässbildung im Chorion und dem Embryo selbst sich verschieden verhält. Dort beginnt sie mit einer kettenförmigen Aneinanderlagerung bläschenförmiger und blutkörperchenhaltiger Zellen, deren Seitenwände zur Gefässwand, deren Inhalt nach Schwund der Scheidewände zum Blut wird. In den Geweben des Embryo (an der Linsenkapsel und der äusseren Haut besonders schön zu verfolgen) geht sie von den Ranvier'schen »Gefässbildungszellen« aus, d. h. grossen, allmälig sich streckenden, mit Ausläufern versehenen Zellen, welche ein fein granulirtes Protoplasma und eine Anzahl elliptischer Kerne mit Kernkörperchen enthalten. Durch Theilung dieser letzteren entstehen zellige Elemente, von denen die wandständigen zur Gefässwand, die anderen zu Blutkörperchen werden. Der gemeinsame Ursprung von Wand und Inhalt zeigt sich sehr schön an solchen in Abschnürung begriffenen Kernen beim Theilungsact, von denen die eine Hälfte schon den gelblichen Schimmer und den Lichtreflex der späteren Blutzelle erkennen lässt, während die andere sich mit Hämatoxylin deutlich blauviolett färbt (Wandzelle). Durch Anastomose benachbarter langgestreckter Bildungshaufen entstehen continuirliche Gefässe, durch Vergrösserung der Ausläufer die Seitenäste.

Hinsichtlich des Ursprungs der Ranvier'schen »Gefässbildungszellen« vermuthet auch L., dass sie aus weissen Blutkörperchen, die aus bereits vorgebildeten Gefässen ausgewandert sind, hervorgehen. **Arn. Hiller** (Berlin).

J. v. Weous. Ueber Lupus vulgaris.

Inaug.-Diss. Bonn. 15. Aug. 1874.

In einer für eine Dissertation längeren Arbeit legt der Verf. in klarer, übersichtlicher Weise seine Ansichten über das genannte Thema dar, wobei er dem mit compillatorischem Fleisse gesammelten Detail eigene Beobachtungen zufügt, das Ganze mit eigener Kritik ordnet und fremden Ansichten mit objectiver Würdigung gerecht wird. Das reichhaltige, in der Litteratur zerstreute Material fasst

er kurz dem heutigen Standpunct entsprechend zusammen, macht auf eine epitheliomartige Form, die er Papillomlupus nennt, und auf das Kupfer als Heilmittel, von dem er gute therapeutische Erfolge zu berichten weiss, aufmerksam. Die Form des Papillomlupus ist die lepraähnliche, welche Busch auf dem 2. Chirurgencongress beschrieben hat. Geschichte, Aetiologie, pathologische Anatomie, Symptomatik und Diagnostik der Krankheit geben dem Verf. mehrfach Gelegenheit, die Beziehungen des Lupus zu leprösen und syphilitischen Erkrankungen, wie zum Epitheliom zu besprechen und die Unterschiede zu berühren. Betreffs der Therapie stellt Verf. die Anwendung einer Kupfersalbe (Cupr. subacet 0,6 auf Axung. porci 30,0) sehr in den Vordergrund. **v. Mosengeil** (Bonn).

A. Servel. Sur la naissance des bactéries dans les tissus organiques mis à l'abri du contact de l'air.

(Comptes rendus T. 79. p. 1270—72.)

Die zuerst von Estor und Déchamps, dann von Onimus und jüngst von Tiegel (cf. Centralbl. f. Chir. 1874, No. 34, p. 536) gemachte Behauptung, dass in organischen Geweben, zu denen jeder Zutritt von Pilzkeimen aus der Luft sicher ausgeschlossen ist, Bacterien entstehen, sich fortentwickeln und so Fäulnissvorgänge einleiten können, bestätigt S. durch eine Anzahl von Versuchen. Es wurden vom lebenden Thiere entnommene Organe (Leber, Nieren u. A.), an denen zuvor sämmtliche zu- und abführenden Gefässe sorgfältig unterbunden waren, so dass auch beim Durchschneiden der Gefässe nicht etwa Luft und mit ihr Keime in die Organe eindringen konnte, unverzüglich in Chromsäurelösung geworfen. Nach Verlauf einiger Tage oder Wochen wurden die Organe herausgenommen; es zeigte sich, dass die innersten Partieen derselben in faulige Zersetzung übergegangen waren und von in lebhafter Bewegung begriffenen Bacterien wimmelten. — Bis hierher hatte offenbar die Chromsäure nicht eindringen können, denn setzte S. einen Tropfen von der Chromsäure zu den aus diesem Fäulnissheerde entnommenen, kräftig sich bewegenden Bacterien hinzu, so wurde augenblicklich ihre Bewegung sistirt. (Des Verf.'s Versuche befinden sich nur in Uebereinstimmung mit den alten Erfahrungen über Veränderungen an anatomischen Präparaten, die in Chromsäure aufbewahrt werden. Red.) **J. Munk** (Strassburg i/E.).

J. Leiter (Wien). Apparat zur schmerzlosen subcutanen Injection.

(Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 3.)

Die Construction fusst auf der Beobachtung, dass sehr schnelle Bewegung eines verwundenden Instrumentes die Verletzung weniger schmerzhaft mache. Eine Pravaz'sche Spritze wird gefüllt in einen Cylinder geladen, in welchem eine zurückgepresste Feder durch plötzliches Auslösen die Spritze nach vorne treibt, deren Spitze bis zu gewisser Tiefe unter die Haut stösst und durch Vorpressen des Stempels die Arznei entleert. **v. Mosengeil** (Bonn).

Tairoff. Ein Fall von Transfusio sanguinis.

(Sitzungsberichte der Marine-Aerzte in Kronstadt 1874. p. 82.)

Verf. berichtet über die erste im Kronstädter Hospitale ausgeführte Transfusion an einem 21jähr. Bauer zur Beseitigung einer acuten Anämie desselben, hervorgerufen durch eine Schnittwunde des rechten Oberarms, die die ganze Dicke des biceps und die V. brachialis getrennt hatte. Zur Transfusion mittelst der Uterhardt'schen Spritze wurden 10 Unzen defibrinirten venösen Blutes verbraucht, entnommen von einem kräftigen Individuum. Unmittelbar nach der Transfusion wurde der vordem schnelle (160), unregelmässige, kaum fühlbare Puls voller und etwas (um 4—12 Schläge) verlangsamt. In den der Operation folgenden 2 Wochen eine sehr starke Nachblutung aus der Schnittwunde und beständiges sehr hohes Fieber. Pat. erholte sich sehr langsam. **W. Grube** (Charkow).

A. W. Chrul. Aphasie nach Commotio cerebri.

(Sitzungsberichte der medicin. Gesellschaft zu Sambow. 1874. No. 4. p. 52.)

Ein Arbeiter fiel vom Dache einer 21' hohen Scheune mit dem Kopfe voran auf die Erde, wonach sofort Bewusstlosigkeit und Nasenbluten eintrat. Zu sich gekommen ergriff er den ersten besten Gegenstand und lief wie vernarrt ohne Ziel umher.

Am nächsten Morgen Wiederkehr des Verständnisses mit vollständigem Mangel der Sprache, nur unbestimmte Töne konnte Pat. hervorbringen. Der Gang des Kranken schwankend, sein Gehör geschwächt, die Pupillen dilatirt die Sensibilität der Haut überall bedeutend verringert. Der linke Nasenflügel und Mundwinkel herabgesunken; die Beweglichkeit der Zunge begränzt, ihre Sensibilität bemerkbar herabgesetzt. Gesichtsausdruck apathisch; Athem, Puls und Temperatur normal. Nach dem Gebrauche von Abführmitteln verbesserte sich der Zustand des Kranken einigermassen, so dass er bei Untersuchung der Hautsensibilität das Wort Na-a-a-del 'aussprechen konnte, obgleich er dabei grosse Mühe anwenden musste. Auf andere vorgelegte Fragen antwortete er mit einsylbigen oder unbestimmten Lauten. Gegen Abend konnte er schon mit grosser Mühe stotternd sein Herunterfallen von der Scheune erzählen; dabei klagte er über Schmerzen in der Lebergegend, über ein Gefühl von Zusammenziehen des Halses. Gegenwart eines fremden Körpers in demselben, Trockenheit und unangenehmes Gefühl in der Nase, Geräusch in den Ohren. Das Geruchsvermögen war erhalten, das Gehör immer noch geschwächt. Am 3. Tage kehrte die Sensibilität allmälig zurück, ausgesprochener auf der Seite der Flexoren; dafür trat aber eine vermehrte Thränensecretion ein. Am 4. Tage verschwanden alle Krankheitssymptome, nur das Stottern blieb. Nach einigen Tagen vollkommene Herstellung.

W. Grube (Charkow).

Delstanche. Sarcome du cerveau.

(Archives méd. belges 1875. Hft. 3.)

Bei einer 36jähr. erblindeten Frau, welche unter acut paralytischen Erscheinungen innerhalb einiger Stunden zu Grunde ging, fand man bei der Section im mittleren Abschnitt des Grosshirns einen Tumor von der Grösse einer Kindsfaust, umgeben von einem Netz erweiterter Venen und Capillaren, welcher die Substanz der Thalami optici fast vollständig verdrängt hatte und bei mikroskopischer Untersuchung sich als ein Gliosarcom erwies. Bemerkenswerth in diesem Falle ist erstens, dass die Geschwulstentwicklung hier ohne Blutungen erfolgt war, was bei Sarcomen im Gehirn selten ist, und zweitens die erstaunliche Toleranz des Gehirn gegen einen Tumor von solcher Ausdehnung, welcher während des Lebens, ausser der Erblindung, gar keine motorischen oder intelectuellen Störungen bedingt hatte.

Arn. Hiller (Berlin).

Morris. Epitheliom der Mundhöhle und der Zunge. Exstirpation. Recidiv. Ligatur beider Linguales. Tod.

(Middlesex Hospital Reports. 1874. p. 4.)

Der 43jähr. Mann zeigte vor dem Zungenbändchen eine Ulceration, die trotz Cauterien, antisyphilitischer Behandlung mehr und mehr um sich griff und besonders nach vorn bis zum Kiefer und seitlich an die untere Zungenfläche hinreichte. In der Narkose wurde nach geschehener Spaltung des Unterkiefers in der Mittellinie alles Krankhafte entfernt, dann die Knochennaht angelegt. Wegen Exfoliation der Sägefläche erfolgte in der nächsten Zeit keine feste Vereinigung, später volle Heilung. Ein nach 5 Monaten beginnendes Recidiv in der Narbe wird durch Cauterium beseitigt. 8 Monate später stellt sich Pat. vor mit einem Recidiv, welches den grössten Theil des Bodens der Mundhöhle betrifft, die Zunge erscheint vollkommen fixirt; die Gewebe zwischen Zungenbein und Kiefer-Symphyse gleichmässig hart. Blutung aus dem Munde; bei Wiederkehr derselben Ligatur der rechten, und bei neuer Blutung nach 5 Tagen Ligatur der linken Art. lingualis

mit carbolisirtem Catgut. Eine weitere Nachblutung wird durch Liq. ferri gestillt. Die Kräfte nehmen immer mehr ab, einige Tage später stirbt Pat. ohne erneuten Blutverlust. Die Section zeigt von der Muskulatur des Bodens der Mundhöhle nur erhalten die hintere Portion der Mylo-hyoid. und einen Theil des linken Genio-hyogloss. Die Art. lingual. sin. ist nicht durchtrennt, aber obliterirt, die dextr. ist durchtrennt (von Anwesenheit, resp. Veränderung des Catgut ist nichts gesagt); genaue Untersuchung durch Injectionen stellte fest, dass ausser Arrosionen der Art. ling. solche auch an den beiden Artt. submentales bestanden.

Pilz (Stettin).

Meusel. Resection des Nervus mandibularis von der Mundhöhle aus.

(Deutsche Klinik 1875. No. 2. p. 10.)

M. machte in einem neuen Falle von Neuralgie des Unterkiefernervs die Resection desselben nach der von Paravicini (1858) vorgeschlagenen intrabuccalen Operationsmethode. Die Operation wurde ohne besondere technische Schwierigkeiten und üble Zufälle ausgeführt und hatte vollkommenen Erfolg. Ausser der angeführten Beobachtung ist die Methode bis jetzt in 5 Fällen von Meusel, Billroth, A. Menzel, Mosetig und Nicoladoni ausgeführt worden und hatte nur in dem letzten Falle einen ungünstigen Erfolg.

P. Bruns (Tübingen).

Stetter. Aus der Klinik des Prof. Schönborn in Königsberg. Zur Resection des Nerv. alveol. inf.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 2.)

Sch. hat nach Paravicini's intrabuccaler Durchschneidung des Nerven und Aufmeisselung des Canalis inframax., von aussen her in der Gegend des foramen mentale etwa 6 Cm. lang vom Nerven erfolgreich resecirt. Die Operation wurde an einer alten Frau gemacht, wobei das Operationsfeld wegen Zahnmangel und Altersatrophie der Mandibula besonders zugänglich sich erwies.

v. Mosengeil (Bonn).

Störk. Ein eigener Fall von Tracheotomie.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte. 22. Jan. 1875. Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 6.)

S. stellte eine tracheotomirte Patientin vor, bei welcher infolge von Lues die Gaumenbögen und weicher Gaumen fast total mit der hinteren Pharynxwand verwachsen waren. Die Glottis war so verengt, dass grösste Athemnoth bestand; die Epiglottis wurde durch narbige Schrumpfung der betreffenden Ligg. auf dem Kehlkopf beinahe festgehalten. Eine im Ordinationszimmer S.'s vorkommende Asphyxie gab Veranlassung zur sofortigen Tracheotomie. Es erfolgte hierbei eine starke venöse Blutung. Neue Lebensgefahr durch Anfüllen der Bronchien mit Blut. — Eine bis zur Bifurcation eingeführte Schlundsonde wurde mit ihrem oberen Ende mit dem Athmungsapparat (Wien. med. Wochenschr. 1874, No. 20) verbunden und anfangs nur Exspirationen vorgenommen, welche Stränge geronnenen Blutes entfernten, später auch künstliche Inspirationen, wobei sich Patientin erholte. Um die Blutung zu stillen, wurden die Weichtheile und die Trachea an die feste Sonde angedrückt. Heilung ohne Fieber, Katarrh oder Bronchitis erfolgte schnell.

v. Mosengeil (Bonn).

Axillar-Aneurysma. Compression der Subclavia. Heilung.

(Guy's Hospital-Reports. 1873. p. 61.)

Ein 36jähr. Arbeiter hatte seit 3 Monaten »rheumatische« Schmerzen im rechten Arme, seit 1 Monat eine pulsirende Geschwulst in der rechten Achselhöhle bemerkt; eine immer mehr zunehmende Schwäche des Armes, besonders der Hand bildete sich aus. Das rundliche Axillar-Aneurysma, 3″ im Durchmesser haltend, zeigte sicht- und fühlbare Pulsation, welche auf Compression der Subclavia und der Axillaris direct unter der Clavicula erlosch; der Radialpuls war vorhanden, aber sehr schwach. 15. Febr. 1872 Compression der Subclavia und Axillaris durch

$2^1/_2$ Stunden ohne nachhaltigen Erfolg. 17. Febr. Compression der Axillaris durch $2^1/_2$ Stdn. ergab noch am folgenden Tage eine Abschwächung der Pulsation im Aneur. Jetzt bewirkte Compression der Axillaris mit Zuhülfenahme von Chloroform durch $5^1/_2$ Stdn. volles Erlöschen der Pulsation; aus Vorsicht wurde 3 Stdn. lang weiter comprimirt. 19. Febr. Kein Puls in rechter Radialis, Brachialis und im Aneurysma aber über diesem in der Axillaris, welcher bald spontan erlosch. 16. März hatte sich der Sack sehr verkleinert, dagegen die Kraft des Armes nicht gebessert. 20. März, Puls fehlt im geheilten Aneurysma, in den Vorderarm-Arterien, die Kraft des Armes hat sich etwas gebessert, nicht die der Hand; electrische Behandlung, besonders mit dem constanten Strome, erzielte weitere Besserung; am 1. Mai nahm Pat. seine Arbeit wieder auf. **Pilz** (Stettin).

Aneurysma der Innominata. Compression der rechten Carotis, Tod durch capilläre Hämorrhagieen im Gehirn.

(Guy's Hospital-Reports. 1873. p. 63.)

Der 55jähr. Mann hatte vor 15 Monaten plötzlich eine linksseitige Hemiplegie erlitten, bemerkte seit 3 Monaten eine wallnussgrosse, pulsirende Geschwulst am oberen Rande des Sternum verbunden mit Schmerzen an der rechten Halsseite und im rechten Arme. Später gesellte sich Taubheit auf dem rechten Ohr und Abschwächung des rechten Auges hinzu; die Stimme und Athmung waren nie alterirt gewesen. Die Untersuchung ergab ein Aneurysma der Innominata, welches auf die rechte Carotis überging; Hypertrophie des Herzens, verbreitete Atherose. Puls der rechten Radialis viel schwächer als an der linken. Obwohl das rechte Auge etwas prominenter, seine Pupille verengert war, ergab der Augenspiegel nichts Anormales. Mit Zuhülfenahme von Chloroform begann man mit der Compression der Carotis um $11^1/_4$ Uhr Vorm., um 2 Uhr war der Puls im Sacke schon schwächer, um 3 Uhr bemerkte man, dass sehr wenig Chloroform gebraucht wurde (für eine Stunde 1 Drachme), um die Unempfindlichkeit zu unterhalten. Seit 8 Uhr wurde kein Chloroform mehr gegeben, um 9 Uhr wurde die Compression sistirt. Um 10 Uhr war Pat. noch »comatös« mit schwacher, erschwerter Respiration; schnell verschlimmerte sich der Zustand und Pat. schien zu sterben; künstliche Respiration schaffte Besserung der Athmung. Am folgenden Tage bemerkte man bei fortbestehendem Coma linksseitige Hemiplegie, rechtsseitige Facialparalyse, schwache Pulsation im Aneurysma; bei Fortdauer dieser Erscheinungen erfolgte nach 5 Tagen der Tod. (Die Schilderung lässt den Verdacht entstehen, dass bei der Chloroformirung nicht die genügende Aufmerksamkeit auf den Gehirnzustand gerichtet war; die angeführte Entschuldigung, dass man die Circulationsverhältnisse genau überwacht und beide Temporales immer schlagend gefunden habe, würde nicht beweisen, dass die Strömung in der Carot. dext. nicht aufgehoben gewesen. Ref.) Section: Die grossen Gefässe der Basis verdickt ohne Embolie. Die Oberfläche der Hemisphären, besonders in ihrem lateralen Theile und hauptsächlich an der linken Hemisphäre bedeckt mit zahlreichen capillären Apoplexien mit erweichter Umgebung; die centralen Partieen erscheinen gesund; keine Spur einer alten Apoplexie oder Erweichung wird gefunden (genauere mikroskopische Untersuchung fehlt). Herz gross, linker Ventrikel contrahirt, Aneurysma des Arcus, der Innominata und des Anfangsstücks der Carotis dextr. — Subclavia und Carot. dextr. durchgängig, ausser alten geschichteten Gerinnseln in der Innominata frische Gerinnungen, ebenso im Aneurysma.

(Genauere Beobachtung und eingehendere Section würden mehr wissenschaftliche Ausbeute geliefert haben.) **Pilz** (Stettin).

J. Langton. Grosse Hydrocele eines Schenkelbruches.

(Bartholomew's Hospital-Report. Vol. X. p. 381.)

Während bei alten Inguinalhernien eine Flüssigkeitsansammlung im Bruchsacke nicht gerade selten ist, gehören derartige Ansammlungen im Sacke von Femoralhernien zu den weniger häufigen Beobachtungen. B. fand unter 7000 Femoral-

hernien in den Berichten der Londoner Bruchband-Gesellschaft dieses Vorkommniss nur in diesem einzigen Falle. Eine 50jähr. Person hatte 16 Jahre einen Schenkelbruch; das abgenutzte Bruchband liess in den letzten Jahren öfter den Bruch vortreten, derselbe konnte seit 3 Jahren nicht mehr ganz zurückgebracht werden; langsam bildete sich eine allmälig grösser werdende Geschwulst aus. Dieselbe erschien bei der Untersuchung durchsichtig, war leicht beweglich, mass in ihrem grössten Durchmesser fast parallel dem Poupart'schen Bande 7", in der Länge 5"; ihr Inhalt liess sich nicht in die Bauchhöhle zurückdrängen; einige Zeit angewandter Druck hatte keine Verkleinerung zur Folge. Die erste Punction entleerte 3 Pinten strohgelber, klarer Flüssigkeit. Die immer schneller sich ansammelnde Flüssigkeit machte die Punctionen in immer kleineren Zwischenräumen nothwendig; nach Einlegung eines Haarseils trat Eiterung im Sacke ein. Jetzt entschloss sich Patientin in's Hospital zu gehen; die beiden kleinen Oeffnungen des Sacks wurden durch einen 4" langen Schnitt verbunden, dadurch die Höhle desselben freigelegt und man erkannte jetzt deutlich, dass nach oben hin Netz die Höhle gegen den Schenkelkanal hin abschloss; schnell erfolgte Heilung.

In Bezug auf die Bezeichnung »Hydrocele des Brucksacks« räth Verf., um jedem Irrthum vorzubeugen, hiervon auszuschliessen irreducible Brüche mit geringem Bruchsackwasser, welches in diesen Fällen von den Gefässen des Netzes geliefert wird, ferner die kleinen Cysten, welche nicht selten in der Gegend des Femoralringes und in der Nähe der Einmündungsstelle der Saphena vorkommen, von denen ein Theil nie mit dem Peritonealsack zusammengehangen, ein Theil sich allmälig davon abgeschnürt haben mag. **Pilz** (Stettin).

Borlée. Note sur un cas d'hématocèle encystée et ancienne du cordon spermatique.

(Bulletin de l'Académie Royale de méd. de Belgique. Vol. VIII. No. 13.)

Ein Arbeiter zog sich bei einer heftigen Anstrengung eine diffuse Haematocele des rechten Samenstranges zu, welche kurz darauf punctirt wurde und einen eigrossen, circumscripten, wenig unbequemen Tumor hinterliess. 13 Jahre später trat eine neue Blutung ein in die Geschwulst und zwar unter denselben Erscheinungen eines heftigen Schmerzes in der Lenden- und Leistengegend mit plötzlicher Volumszunahme des Tumors; die Ursache war wieder eine starke Anstrengung.

B. versuchte zuerst eine resorbirende Behandlung und da jeder Erfolg fehlte und die Schmerzen nicht aufhörten, entschloss er sich auf Verlangen des Kranken zur Excision der Hämatocele sammt dem unmittelbar darunter liegenden Hoden. Pat. starb an Pyämie. — Die anatomische Untersuchung des Präparates zeigte eine Cyste mit dicken derben Wandungen. Hoden und Vas deferens waren normal. (Leider ist der Sectionsbefund zu nichtssagend. Ref.)

Girard (Strassburg i/E.).

G. Wackerhagen. Free incisions, with drainage-tube, versus paracentesis in the treatment of pyothorax.

(New-York med. Journal 1875. Bd. XXI. p. 32.)

Von 38 an Pyothorax leidenden Patienten wurden 10 Erwachsene (6 geheilt, 4 gestorben) und 3 Kinder (1 geheilt, 2 gestorben) mit Paracentese des Thorax, 11 Erwachsene (8 geheilt, 3 gestorben) und 6 Kinder (2 geh., 4 gest.) mit freier Incision der Pleurahöhle ohne Drainage, endlich 8 Erwachsene (6 geh., 2 gest.) mit freier Incision und Drainage behandelt. In Erwägung des Sterblichkeitsverhältnisses giebt W. der letzteren Methode vor allen den Vorzug.

Madelung (Bonn).

S. Mavricos. De la Thoracocentèse par la méthode aspiratoire dans les épanchements pleurétiques simples et considérables.

(Gazette médicale d'Orient. Constantinople 1875. Janvier. No. 10. p. 148.)

Die Aspiration gilt M. als vorzüglichstes Verfahren bei Ansammlungen von Flüssigkeiten in den Pleurahöhlen, entweder wenn dieselben seröser Natur sind und

durch ihre Quantität und die Dauer der Affection sonstigen Heilverfahren trotzen, oder wenn die Flüssigkeitansammlung rasch entstanden und sehr bald einen seröseitrigen Charakter angenommen hat. So bleiben die wenig umfangreichen serösen Ergüsse einem medicamentös resorbirenden Verfahren, ältere rein eitrige Exsudate aber der freien Incision der Thoraxhöhlen mit Drainage vorbehalten. M. beschreibt 7 im Marinehospital zu Constantinopel beobachtete und durch Thoracocentese mit Aspiration behandelte Fälle von hochgradigen Pleuraergüssen, wo 6 Mal nach Beseitigung der intensiven Krankheitssymptome Heilung und nur 1 Mal der Tod eintrat. **Ullersperger** (München).

Gillette. Appareil à extension continue de M. Hennequin.

(Revue de thérapeutique médico-chirurg. 1875. No. 4.)

Die Extension geschieht mittelst Flaschenzugs an 2 Puncten des unteren Fragments, nämlich dicht oberhalb der Wade und über den Condylen des Femur, welche Stellen durch gut gepolsterte und breite Spangen umschnürt und mittelst elastischer Bänder mit der Zugvorrichtung am Unterschenkel in Verbindung gesetzt werden; die Contraextension wird bewirkt durch Druck auf 3 Puncte des Beckens, die Tuberositas ischii, die fossa iliaca ext. und den horizontalen Schambeinast, jedesmal durch entsprechend geformte (keilförmige, ovale und wurstförmige) Pelotten, die mit einem Lagerungsapparat für den Oberschenkel im Zusammenhang stehen. Die Zugvorrichtung am Unterschenkel und der Lagerungsapparat für den Oberschenkel, 2 an sich getrennte Stücke, greifen in der Gegend des Knies verschieblich in einander. (Detailbeschreibung und Abbildungen im Text!)

Der anhaltende Druck an den bezeichneten Stellen wird gut ertragen. Die bis jetzt in ca. 40 Fällen mit dem Apparat erzielten Resultate sind durchaus befriedigend: nämlich in 20 derselben Heilung ohne Verkürzung, bei den übrigen Fällen betrug die Verkürzung nicht über 1—$2^1/_2$ Cm. 4 Mal soll sogar eine nachweisbare Verlängerung der Extremität erzielt worden sein von 2—5 Cm., und zwar in Fällen, wo nach bereits voraufgegangenen Fracturen schon Verkürzung bestanden hatte (?). **Arn. Hiller** (Berlin).

Zielewicz. Zur Behandlung cavernöser Angiome mit Liquor ferri.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 9.)

Verf. hat durch parenchymatöse Injectionen von Liq. ferri ein Cavernom am Ohre eines Kindes geheilt und empfiehlt während und nach der Einspritzung durch Compression der zum und vom Tumor gehenden Gefässe die Geschwulst zeitweilig zu isoliren, ferner will er nur immer einen Tropfen injiciren. Dass die Kur langwierig sei, gesteht Verf. zu. **v. Mosengeil** (Bonn.)

Dolbeau. De la réduction des luxations de la cuisse par la flexion combinée à la rotation du membre (Méthode Desprès).

(Bulletin général de thérapeutique. Vol. 58. No. 5.)

D. weist darauf hin, dass Desprès diese Methode bereits im Jahre 1835 ausgebildet und eingeführt hat. Nach Anführung einiger Krankengeschichten hebt er hervor, dass das Desprès'sche Verfahren nicht nur für Luxationen nach auswärts, wie Einzelne es glauben, sondern für alle beliebige Formen der Hüftgelenksluxationen anzuwenden sei. **Girard** (Strassburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Halle a. S. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 22. **Sonnabend, den 29. Mai.** **1875.**

C. Thiersch. Klinische Ergebnisse der Lister'schen Wundbehandlung und über den Ersatz der Carbolsäure durch Salicylsäure.

(Sammlung klinischer Vorträge No. 84 u. 85.)

(Schluss; cf. Centralblatt No. 21, p. 321.)

Bezüglich der Anwendung des nassen und trockenen Salicylverbandes ist hervorzuheben, dass Th. zuerst den ersteren versuchte, dann aber bei Operationsfällen immer mehr zum trockenen überging.

Vor weiterer Schilderung seiner Versuche und Resultate berichtet Th. über den mikroskopischen Befund der Wundflüssigkeiten und ihre chemische Zersetzung unter dem Salicylverband. Mikroskopisch zeigen sich die kleinen Körnchen, welche vom kleinsten, eben noch mit stärkstem Immersionssystem nachweisbaren Durchmesser bis zur Grösse der Kugelbacterie vorkommen, oft mit schwacher Lichtbrechung, oft mit starkem Fettglanz. In grosser Menge treten sie in den ersten Tagen auf und haben starke Molecularbewegung. In Essigsäure lässt sich ein Theil lösen, vom Reste ein Theil in Kalilauge und Aether, ein andrer Theil widersteht. Nach mehreren Tagen finden sich oscillirende Stäbchen, die in Essigsäure und Kalilauge

verschwinden, wohl Fibrinfäden und Fettkrystalle. Andre starke, gelbgefärbte Stäbchen scheinen aus der Einwirkung von Salicylsäure auf rothe Blutkörperchen hervorzugehen. Eigentliche Bacterien hat Th. weder bei nassem, noch bei selbst bis zu 14 Tagen liegendem trocknen Verbande gesehen.

Hinsichtlich der chemischen Veränderung der Wundflüssigkeiten unter dem Salicylverbande ist die Fällung der Albuminate bemerkenswerth und der nach 4—5tägigem Liegen des trocknen Verbandes auftretende Käsegeruch. Hierbei verrathen sich organische Ammoniake durch Nebelbildung bei Annäherung eines mit verdünnter Salzsäure befeuchteten Glasstabes. Das bleihaltige Protectiv, zwischen Wunde und Verband eingeschaltet, schwärzt sich oft, welche Schwefelreaction aber nicht immer von Schwefelwasserstoff herzurühren braucht. Von besonderer Wichtigkeit ist die Thatsache, dass die Salicylreaction des der Wunde nächst gelegenen Verbandstoffes allmälig schwindet; entweder nimmt die Säure an der Zersetzung Theil oder verbindet sich mit den freiwerdenden Ammoniaken. Th. vermuthet, dass diese Umsetzung der Secrete ohne Zuthun atmosphärischer Fermente durch Zutritt des Sauerstoffs erfolgt.

Die Ausführung der Operationen in Leipzig, während welcher und nach denen antiseptische, d. h. Lister'sche Carbol- oder Thiersch'sche Salicyl-Behandlung angewandt wurde, geschah überall, wo es möglich war, unter Anwendung der Esmarch'schen Blutleere. Auf vollständige Blutstillung wurde hierbei der Hauptwerth gelegt, zur Unterbindung carbolisirtes Catgut verwandt und bei Amputationen, ausser am Oberarm, wo der zweizeitige Cirkelschnitt den Vorzug erhielt, der Lappenschnitt geübt, bei welchem ein grösserer Lappen sich bei Lagerung des Stumpfes durch seine eigene Schwere auf die Wundfläche legt. Für diesen Lappen nimmt Th. von unterliegender Fascie und Musculatur eine dünne Schicht behufs besserer Ernährung mit. Naht und Drainage fast in allen Fällen. — Paradigmatisch angeführt folgen zwölf ausführlicher mitgetheilte Fälle von Salicylbehandlung, und zwar solche, in denen offene Wundbehandlung mit Salicylwasser-Berieselung und trockene und nasse Salicyl-Watteverbände angewandt wurden (s. Original). — Nach diesem ersten und zweiten Abschnitt folgt in einem dritten die Statistik der in der Zeit vom 1. April 1874 bis 31. Jan. 1875 in der Leipziger Klinik antiseptisch behandelten Fälle, im Ganzen 160 an der Zahl. — In dem neuen günstig angelegten Krankenhaus kommt eine durchschnittliche Zahl von 240 Patienten auf 348 Betten. Baracken, Ventilation, Wasserleitung, Süvern'sche Desinfection der Abfallstoffe etc., Alles ist nach Wunsch, aber trotzdem ist das neue Institut nicht frei von accidentellen Wundkrankheiten. Hospitalbrand trat allerdings nur einmal vorübergehend in 2 Baracken auf, unter deren freien Unterbau man alte Lazarethmöbel aus dem früheren Hospitale, in welchem Nosocomialgangraen herrschte, ohne Wissen der Aerzte gestellt hatte. Die Pyämie wurde mit strengerer Anwendung der antiseptischen Be-

handlung immer seltener. Im Jahre 1873, wo schon Lister'sche Behandlung eingeführt war, kamen unter 132 Todesfällen 10 pyämische vor, 1874 unter 106 nur 5 pyämische, wovon 4 im Hause entstanden, in den 10 Monaten, in welchen Salicylbehandlung angefangen wurde und die Carbolsäure allmälig verdrängte, nur einer. — Die tabellarische Uebersicht umfasst zwei Zeiträume. In den ersten 6 Monaten kommt unter 90 Fällen die gleiche Anzahl von Carbol- und Salicylbehandlungen vor, in den letzten 4 Monaten sind unter 70 Fällen 66 Salicyl- und nur 4 Carbolfälle, ein Beweis, wie sehr das Vertrauen zu dem Salicylverband allmälig gewachsen war. Das Auswaschen der Wunden mit starken Chlorzink- und Carbollösungen wird immer seltner. — Unter der Gesammtsumme finden sich 51 grössere Amputationen, Resectionen und complicirte Fracturen; auf sie kommen 7 Todesfälle: 2 Mal an Erschöpfung, 1 Darmblutung, 1 Urämie, 1 Hydrothorax, 1 Vereiterung des Schultergelenkes ohne pyämische Veranlassung und 1 Fall von embolischer Pyämie (Borsäure-Fall). Zu erwähnen ist, dass sich die Catgut-Ligaturen vorzüglich bewährten und keine Auseiterung vorgekommen ist. Dass gegenüber dem geringen Auftreten von Pyämie 13 Erysipele vorkommen (und zwar auf 51 Lister'sche Mullverbände 5, auf 60 nasse Salicylverb. 5 und auf 49 trockne Salicylverb. 3 Fälle), scheint anzudeuten, dass das Erysipel nicht durch Fermente bedingt sei und die dabei gefundenen Bacterien als zufällige Begleiter auftreten. — Als Gesammtresultat muss angeführt werden, dass in der antiseptischen Methode ein ziemlich sicherer Schutz gegen Pyämie gegeben ist; frische Wunden heilen dabei meist fieberlos, prima intentio wird begünstigt, Nekrose von Knochen und Sägeflächen ist selten und ebenso selten arterielle Nachblutung, eben wegen des aseptischen Verlaufes. Ja es wurde sogar die wichtige Thatsache beobachtet, dass unter dem antiseptischen Salicylverbande sich die Knochen-Sägeflächen durch Knochenwucherungen verschlossen, wie bei subcutanen Fracturen. — Die Salicylsäure zeichnet sich vor der Carbolsäure dadurch aus, dass sie nicht flüchtig ist, weniger reizt, und sich geruchlos erweist.

Aus der grossen Zahl von mitgetheilten Fällen, welche antiseptisch behandelt wurden, können wir hier nur einige wegen des speciellen Interesses, das sie in operativ-technischer Hinsicht gewähren, hervorheben. Bei Hydrocelen wurde die Tunica vaginalis der Länge nach gespalten, mit Carbolspiritus (1 : 2) ausgepinselt, durch tiefliegende »Perlnaht« und oberflächliche Knopfnaht vereinigt; ein Fall wurde ohne Drainage, ein Fall von doppelter Hydrocele mit Drainage behandelt, in einem ferneren Falle die überschüssige, stark verdickte Scrotalhaut, sowie der obsolete Testikel exstirpirt. Aehnlich ward bei einem Adenom des Hodens verfahren, sowie bei einem Hygroma patellae. Diese fünf Fälle heilten ohne Fieber in 2—4 Wochen. — Bei einem Carcinoma penis wurde die Ablatio im Niveau der Schambeinfuge gemacht, das Scrotum in der Raphe bis zur Urethra ge-

spalten, diese von der Schambeinfuge abgelöst und von innen her durch einen Knopflochschnitt im Perineum nach aussen geleitet und hier festgenäht; die Scrotal- und Peniswunde nach Einlegen eines Drains genäht. Unter trocknem Salicylverband Heilung in 25 Tagen. Da die Ausmündung der Harnröhre in solchen Fällen ohne die Thiersch'sche Verlagerung viele Unbequemlichkeiten mit sich bringt, so ist auf diese sehr sinnreiche Methode besonders aufmerksam zu machen. — Von den Salicylfällen erwähnen wir: Amput. cruris utriusque eines 18jährigen Mannes heilte ohne Fieber unter dem zweiten trocknen Verband, desgleichen eine Amputatio femoris bei einem 13jährigen Mädchen.

Im letzten Abschnitte der Arbeit, dem IV., giebt Th. das Verfahren an, die Salicylwatte zu fabriciren, sowie die volumetrische, quantitative Bestimmung der Salicylsäure nach Kolbe (s. Original.). — Ferner wird auf die Mängel der Watte als Verbandstoff aufmerksam gemacht; sie filtrirt den Eiter, indem sie die serösen Bestandtheile durchlässt und die geformten zurückhält, die sich zwischen Verband und Wunde anhäufen und zersetzen. Versuche, die mit dem vom Referenten wegen seiner elastischen Fasern vorgeschlagenen Materiale, der Jute, vorgenommen wurden, fielen zufriedenstellend aus. Damit angelegte Verbände imprägnirten sich gleichmässig mit Eiter und wurde es daher überflüssig, die Wunde selbst zunächst stets mit einer Schicht von 10 % Verbandsstoff zu bedecken; es wurde daher jetzt überhaupt nur 4procentige Jute angewandt. Zur Vermeidung der Zerstäubung wurde ein Zusatz von Glycerin für gut befunden, und so ein weicher, geschmeidiger, wenig stäubender Verbandstoff gewonnen. Aus erwähnten Gründen, welche der geringe Preis der Jute noch unterstützt, dürfte die Watte für die Mehrzahl der Fälle durch dieselbe verdrängt werden. — Die vergleichende Kostenberechnung für die verschiedenen Verbandarten ergiebt bei einem Amputationsverband für den Oberschenkel: nach Lister 2,35 Mark, trockner Salicylwatteverband 1,52 M. und Salicyl-Jute-Verband 0,92 Mark. Dazu kommt, dass der Lister'sche Verband am häufigsten gewechselt werden muss, der mit Jute am längsten liegen bleiben kann. — Zum Schlusse der so inhaltsreichen Arbeit lässt Verf. in kurzer, prägnanter Weise Regeln für Vorbereitung und Ausführung des antiseptischen Verfahrens bei Operationen folgen, die für jeden Operateur höchst interessante Details liefern, wegen derer wir aber auf das Original verweisen müssen.

v. Mosengeil (Bonn).

H. Schöler (Berlin). Jahresbericht über die Wirksamkeit der (früher Ewens'schen) Augen-Klinik im Jahre 1874.

Der Bericht giebt zuerst eine statistische Zusammenstellung nach dem Cohn'schen Schema. Es folgt die speciellere Statistik der Staaroperationen und dann Mittheilung einiger Fälle von Cataracta traumatica. Im ersten Falle wurde ein in die Linse eingedrungenes Eisenstück 24 Stunden nach dem Unfalle durch modificirte Linear-

extraction mit der Linse entfernt und eine leidliche noch durch Iridectomie aufzubessernde Sehschärfe erzielt. — Im zweiten Falle hatte ein Zündhütchenfragment partielle Iritis und partielle Cataract veranlasst. Die Cataract war nach zwei Jahren noch in derselben Weise begrenzt, als es gelang den Sitz des Fremdkörpers in der getrübten Linsenpartie zu constatiren. Auch hier wurde die Graefe'sche Linearextraction ausgeführt und zwar zuerst der Fremdkörper entfernt und dann die Linse entbunden. Nach erwünschter Heilung betrug die Sehschärfe $^1/_7$.

Ungewöhnlich glücklich verlief folgender Fall eines Fremdkörpers im Glaskörper. Es wurde eine geschrumpfte Cataract, deren traumatische Entstehung der zwölfjährige Patient entschieden ableugnete, mit der Kapsel entfernt. Drei Wochen nach erfolgter Heilung gelang es, ein Zündhutstückchen, das sich dicht unter der Scleralnarbe zwischen dieser und hinterer Irisfläche verfangen hatte, zu entdecken und von der wiedereröffneten Scleralnarbe aus zu extrahiren. Darauf erlangte das Auge wieder volle Sehschärfe.

In drei weiteren Fällen von Fremdkörpern im Glaskörper, in denen noch keine Reizungszustände vorlagen, legte Verf. eine breite Iridectomie an, entleerte möglichst viel vom Inhalte der eröffneten Linsenkapsel und wandte dann energische Antiphlogose an. Er glaubt auf diese Weise günstigere Bedingungen für die Erträglichkeit des intraoculären Reizmomentes geschaffen zu haben.

Durch Untersuchung Staaroperirter mit voller Schärfe mit besonderer Rücksicht auf den Spielraum des nicht empfundenen Wachsthums der Undeutlichkeit gewann Verf. die Ueberzeugung, dass im linsenlosen Auge keine Accommodation vorhanden ist und bringt weiter casuistische Belege für die Richtigkeit der Cramer-Helmholtz'schen Accommodationstheorie durch pathologische Fälle (plötzlicher Eintritt von Myopie und Accommodationsparese durch Berstung der Zonula und Linsenluxation) und physiologische Fälle (?) (angeborene Dislocation der Linse mit Accommodationslosigkeit und myopischem Verhalten des der Linse angehörigen Bildes, ferner Bewegungen einer Membrana pupillaris perseverans bei Accommodation).

Schliesslich beschreibt Verfasser einen von ihm construirten Apparat zur Untersuchung des binocularen Sehens und theilt einen Fall von Vorlagerung des Rectus inf. nach 60jähriger Parese desselben mit, durch den es gelang, die vom oberen Lide verdeckte Pupille dem Einfalle des Lichtes wieder zugänglich zu machen.

Fränkel (Chemnitz).

L. H. von Guttceit: Dreissig Jahre Praxis. Erfahrungen am Krankenbett und im ärztlichen Kabinet.

(2 Bände. Wien. W. Braumüller. 1873.)

Der Verfasser war Arzt im Gouvernement Orel (Russland); der erste Band des Werkes ist vollständig von seiner Hand ausgearbeitet,

der zweite enthält Fragmente, die zum Theil von dem Sohne des Verf. ergänzt und zusammengestellt sind.

Zu Beginn seiner Mittheilungen entwirft G. gleichsam sein ärztliches Glaubensbekenntniss, dem zu Folge er als höchstes Princip das Heilen der Krankheit im Gegensatze zu der Behandlung derselben aufstellt. Er hebt mit Vorliebe hervor, dass er durchaus keinen Anspruch auf Wissenschaftlichkeit mache, »wie dies Wort jetzt von der exact-physiologischen Schule begriffen wird.« Diesem Grundsatz zu Folge wendet er Volksmedicin und sympathische Curen, Baunscheidtismus, Magnetismus, Homöopathie, besonders aber Rademacher's »Blut und Organheilmittel« an und erzielt die schönsten Resultate. Auf die neuere Medicin, namentlich auf die »Wiener Unthätigkeitsschule«, und auf die Chirurgie ist G. sehr schlecht zu sprechen. Das Buch behandelt in getrennten Abschnitten die einzelnen Lebensperioden; fast die Hälfte des I. Bandes ist dem Capitel »Weib« gewidmet.

Etwas Näheres aus dem Inhalt des Werkes zu referiren ist unmöglich: überall findet sich ein seltsames Gemisch von exacter Beobachtung und vager Speculation, von rationeller Therapie und absurder Quacksalberei, von scharfer Kritik und der allergröbsten Selbsttäuschung, von Humanität und Cynismus.

Was der Verf. in seinen zahlreichen Krankengeschichten über die socialen Zustände seines Beobachtungskreises mittheilt, hat entschieden Werth als Beitrag zu dem pathologischen Theil der menschlichen Sittengeschichte. Einzelne Capitel des Buches, wenn auch nicht geläugnet werden soll, dass sie nur auf Thatsachen basirt sind, gehen bis hart an die Grenze der selbst in einem wissenschaftlichen Werke erlaubten Ungeschminktheit.

Trotz alledem sind eine Menge feiner Beobachtungen und Winke in dem Buch enthalten; es ist überdies gut geschrieben, so dass der Leser es immerhin mit einem gewissen Interesse durchblättern und nicht ganz ohne Nutzen aus der Hand legen wird.

Die Ausstattung des Werkes ist gut. **Winiwarter** (Wien.)

E. Tüngel. Ueber die Behandlung cavernöser Angiome durch galvanocaustische punctförmige Ustion.

(Arch. d. Heilkunde 1875. 16. Jahrg. Hft. 3.)

Verf. beschreibt ein Verfahren, dessen sich Thiersch zur Behandlung ausgedehnter cavernöser Angiome bedient. Es wird dazu eine Metallklammer benutzt, und zwar im Wesentlichen in der Weise, dass eine etwa 12 □Cm. grosse, durchlöcherte Metallplatte auf die Geschwulst gedrückt wird, worauf dann mit einem geraden Fistelbrenner nach Middeldorpf Löcher eingebrannt werden.

Das Verfahren hat den Vortheil, dass, wenn man die Klammer noch $^1/_2$ Stunde nach der Operation liegen lässt, nicht die geringste

Blutung entsteht. Die Reaction ist unbedeutend, die Entstellung gering, die Heilungsdauer eine kurze.

Zwei in dieser Weise mit ausgezeichnetem Erfolge behandelte Fälle werden genau mitgetheilt. **A. Bidder** (Mannheim).

P. Fürbringer. Untersuchungen über die antifebrile Wirkung der Salicylsäure, insonderheit über ihre temperaturherabsetzende Kraft bei septischem Fieber. (Vorläufige Mittheilung.)

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1875. No. 18.)

Experimente an Kaninchen, denen die Salicylsäure in Einzeldosen von 0,05—0,20 per os oder per anum applicirt wurde, haben den Verf. darüber belehrt, dass dieses Medicament bei septischem Fieber einen ganz entschieden temperaturherabsetzenden Einfluss hat. Ebenso ergaben 2 Versuche in Bezug auf Eiterfieber ein positives Resultat. Bei Entzündungsfieber liess sich in 3 Versuchen ein Einfluss nicht nachweisen.

Die Experimente werden fortgesetzt. **A. Bidder** (Mannheim).

E. Butt. Die antipyretische Wirkung der Salicylsäure.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1875. No. 18.)

In verschiedenen Krankheitsfällen, Abdominaltyphus, Erysipelas, Rheum. artic. acutus etc. hat Verf. die Salicylsäure in Einzelgaben von 4,0—8,0 (!) angewandt und gefunden, dass das Mittel »ein ausgezeichnetes Antipyreticum ist, welches sowohl in Betreff seiner Wirkung, als auch in Betreff seiner Verwendbarkeit mit dem Chinin wetteifert.« Collaps, Intoxicationserscheinungen braucht man nicht zu fürchten. **A. Bidder** (Mannheim).

B. v. Gudden (München). Experimental-Untersuchungen über das Schädelwachsthum.

(Gratulationsschrift, mit elf Tafeln in Lichtdruck. München. 1874.)

Die vorliegende, nicht vollständig abgeschlossene Arbeit steht in Verbindung mit des Verf.'s Untersuchungen über das peripherische und centrale Nervensystem (Arch. f. Psychiatrie Bd. II, Hft. 3.) und bezieht sich fast ausschliesslich auf den Kaninchenschädel. Auf die sehr schön ausgeführten, mit Loupenvergrösserung zu besichtigenden Tafeln legt G. ein besonderes Gewicht.

Verf. behandelt in zwei, nicht überall scharf getrennten Abschnitten zuerst (12 Capitel) Wachsthumsvorgänge, wie sie im Knochen an und für sich auftreten, sodann (6 Capitel) Vorgänge, wie sie durch Einwirkungen von Aussen her bestimmt werden. —

Die Tauglichkeit des Schädels für Untersuchungen des Knochenwachsthums sieht G. in der leichten Zugängigkeit des Schädelgewölbes. — G. weist zuerst (Cap. I) nach, dass die Verknöcherung der Schädeldecke von den Tubera frontalia und parietalia unter reicher Gefässentwickelung beginnt, und mit den Knochenbälkchen radienförmig die Gefässe verlaufen. Bei der Geburt ist nur die Stirnfontanelle offen, die anderen Wachsthumsbezirke berühren sich nahezu; diese Berührungslinien sind die Nähte. Ueberall nun, wo die Knochenbälkchen oder vielmehr die Gefässe (Haversischen Canäle) senkrecht auf die Naht gerichtet sind, wird diese zackig (Sutura dentata), wo sie parallel verlaufen, glatt (Sutura simplex). Scheinbare Ausnahmen (Cap. 2) kommen durch wagerechtes Uebereinanderschieben der Zacken zu Stande. Durch frühzeitige Unterbindung der Carotiden kommen zuweilen Aenderungen im Verlaufe der Gefässe und hierdurch Umwandlung einer Sutura dentata in eine Serrata vor. — In den folgenden Capiteln (3, 4 und 5) sucht G. sodann nachzuweisen, dass die Nähte für das Wachsthum des Schädels und seine Configuration ohne Bedeutung sind. Denn es bildet sich nach Herausschneiden einer Naht ohne wesentliche Wachsthumsbeeinträchtigung eine neue Naht, ebenso bilden sich Nähte nach Herausschneiden von Stücken aus der Continuität der Knochen, ferner ist die Verdoppelung einer Naht durch Schaltknochen ohne Einfluss. Bei Unterbindung beider Carotiden entstehen in $1/3$ der Fälle Necrobiosen, und kommen so partielle Schädelatrophieen zu Stande und zwar Verkürzungen sowohl mit, als auch ohne gleichzeitige Synostosen. Hierbei behalten die in der Verkürzung liegenden Nähte ihre fötale Form, während an den Knochenrändern angrenzender Nähte vermehrtes Wachsthum stattfindet. — Synostosen ohne Verkürzung kann man ferner experimentell durch Unterbindung der Jugularvenen hervorrufen. — An den Nähten findet aber eine Hemmung und Stauung des Wachsthums statt. Man kann einen Wachsthumsbezirk durch Wegnahme seines Grenznachbars wuchern lassen. Das beweisendste Experiment für diesen Vorgang ist die Wegnahme des Os interparietale: die dadurch entstandene Lücke wird durch vermehrtes Wachsthum der Ossa parietalia und des Os occipitis geschlossen. — Das Wachsthum der Schädelknochen findet nach G. in vierfacher Weise statt: 1) von den Ossificationspuncten, 2) von den Rändern durch Proliferation ihrer Elemente 3) vom äusseren und inneren Periost, 4) interstitiell. — Als Beweis des interstitiellen Wachsthums wird hauptsächlich angeführt, dass die Entfernung von Bohrmarken in den Schädelknochen zunimmt und zwar desto mehr, je näher am Rande sie gemacht werden. (Es ist zu diesen Experimenten zu bemerken, dass G. bei Anlegung der Bohrlöcher die äusseren, von Kölliker bestimmten Resorptionsflächen nicht berücksichtigen konnte. Ref.)

In dem zweiten Abschnitte werden die Wachsthumsvorgänge besprochen, welche durch Einwirkung des Gehirns, der Sinnesorgane, der Muskeln und der Zähne bestimmt werden. Für die Wirkung eines einseitigen Druckes des Gehirns führt G. einen Schädel, im Besitze von Eberth in Zürich an: ein hydrocephalisches Kind war durch ein Geschwür der linken Kopfseite gezwungen, dauernd auf der rechten Seite zu liegen. Es war eine Asymmetrie mit vollständiger Erhaltung der Suturen entstanden, die rechte Seite ist im Querdurchmesser verkürzt. — G. weist dann nach, dass eine gegenseitige Abhängigkeit des Hirn- und Schädelwachsthums (Virchow, Welcker) stattfindet: der Schädel wird durch Druck des Gehirns ausgedehnt und bleibt bei vermindertem Drucke unter der Norm zurück. — Zur Beweisführung bedient sich G. u. A. der schon früher von ihm festgestellten Thatsache, dass sich bei Steigerung oder Herabsetzung der peripheren Nerventhätigkeit die Hirncentren ändern. — Er fand nun bei Verschluss eines Nasenloches über dem atrophirten Bulbus olfactorius eine Verdickung, über dem hypertrophirten eine Verdünnung der Schädelwandung. — Ebenso verhielt sich bei Wegnahme einer Retina bei Tauben der Lobus opticus und die Schädelwand. Beraubt man ferner ein Kaninchen der Ohren und der Augen, so wird über den sehr stark entwickelten Bulbi olfactorii das Schädelgewölbe dünn, dagegen ist der übrige Schädel weniger gewölbt und verdickt. Es ist also hiernach der gegenseitige Einfluss unbestreitbar. Das beweisendste Experiment ist die Wegnahme eines oberen Hemisphären-Lappens und zwar die Veränderung an der Basis: die unteren Theile schieben die Wände der Schädelgruben vor sich her, so dass die Basis scoliotisch wird; das Gewölbe dagegen ist wohl etwas flacher, jedoch nicht auffallend; das Gehirn hat sich an ihm hingeschoben, ohne die Knochenform zu alteriren. — Bei Abtragung einer ganzen Hemisphäre sammelt sich an den freien Stellen Serum an: es ist also hierdurch die relative Selbstständigkeit des Gehirn- und Schädelwachsthums sehr gut argumentirt. Bei Angriffen auf den Schädel selbst (Cap. 2) zeigt es sich, dass das Gehirn sich beim Zurückbleiben der Nähte im Wachsthum nach der gesunden Seite verschiebt und dass es sich beim Anlegen künstlicher Schädelspalten nach dieser Seite stärker hervorwölbt. — Die relative Selbstständigkeit des Wachsthums (Cap. 3), wie sie schon oben durch die Serumansammlung, ferner auch durch die Idiotenschädel documentirt wird, sucht G. noch durch das Verhalten der Scapula nachzuweisen, welche nach Exarticulatio humeri, Durchschneiden aller Nerven, Abpräpariren der Weichtheile stets ihre Form behält. — Der Einfluss der Sinnesorgane (Cap. 4) wird durch Entfernung des Bulbus gezeigt: die Orbita wird verkleinert und zusammengedrückt mit sehr gut nachweisbarem Einflusse auf den ganzen Schädel. — Die Einwirkung der Musculatur (Cap. 5) ist ebenfalls eine sehr bedeutende. Ex-

trahirt man den N. facialis, so entsteht eine Scoliose des Gesichtsschädels mit der Concavität nach der kranken Seite; Aehnliches erreicht man durch Durchschneidung der Infra-orbital- und Maxillar-Nerven. Die Entfernung des einen Masseter macht ein stärkeres Hervordrängen dieser Seite durch verminderten Gegendruck. Die Exarticulation eines Armes mit der Scapula macht Scoliose der Wirbelsäule mit der Concavität nach der kranken Seite; gleichzeitig bewirkt aber auch der Cucullaris eine Verschiebung der Hinterhauptsschuppe nach der gesunden Seite. — Bei Entfernung der Zähne (Cap. 6), die schwierig und nicht immer gelungen ist, entwickeln sich Scoliosen des Gesichtsschädels mit der Concavität nach der kranken Seite. Maas (Breslau).

P. Sturm. Ueber das Adenom der Niere und über die Beziehungen desselben zu einigen anderen Neubildungen der Niere.

(Arch. der Heilkunde 1875. 16. Jahrg. Hft. 3. 1 Tafel.)

Verf. hat eine Reihe von Nieren untersucht, welche kleinere und grössere gelbe knötchenförmige Geschwülste und zum Theil kleine Cysten enthielten. Mehrere der Nieren waren ausgezeichnete sog. Schrumpfnieren. Die Knötchen erwiesen sich theils als reine Adenome, theils als exquisite Epithelialcarcinome, mit mannigfaltigen Uebergängen und regressiven Metamorphosen.

Hieran wird die Besprechung mehrerer in den Nieren von Kindern befindlicher Tumoren geknüpft, von denen 2 als reine Sarcome erkannt wurden, 2 andere vom Verf. als Adenosarcome bezeichnet werden. Auf die Details kann hier leider nicht näher eingegangen werden, wir verweisen auf das Original. A. Bidder (Mannheim).

Ollivier. De la ponction dans les hernies étranglées.

(Séance de la Soc. de Chir. 1874. 9. Decbr.)

Ein 64jähr. Mann litt seit 24 Stunden an einer Incarceration seiner Inguinalhernie. Taxis unter Chloroform erfolglos. 48 Stunden nach Beginn der Incarcerationserscheinungen wurde die Punction der Geschwulst gemacht, wobei sich etwas bräunliches Serum entleerte. Bruchschnitt: der enzündete und mit Pseudomembranen bedeckte Darm ward reponirt. 8 Stunden darnach exit. letalis.

Der Referent (Lablé) bemerkt, die Punction müsse kurze Zeit nach dem Beginn der Einklemmung gemacht werden, wenn die noch elastische Darmschlinge sich noch auf sich selbst zurückziehen und die Trokarstichöffnungen verschliessen könne.

In einem anderen Falle war bei einem 65jähr. Weibe eine voluminöse Nabelhernie seit einigen Stunden incarcerirt. Kein Chloroform wegen Herzfehler. Die Geschwulst war theilweise durchschei-

nend. Punction mit dem Trokar. Entleerung von 1 Weinglas voll Serum. Reposition durch die Taxis. Heilung.

Fr. Steiner (Wien).

H. Welcker. Ueber das Hüftgelenk, nebst einigen Bemerkungen über Gelenke überhaupt, insbesondere über das Schultergelenk.

(Arch. für Anatomie. No. 1. p. 41.)

Die Arbeit W's bezieht sich auf die Kapsel des Hüftgelenks, die sie verstärkenden Faserzüge, auf Wesen und Bedeutung des lig. teres; sie ist zum Theil eine Sichtung der vielfach widersprechenden Angaben gestützt auf wiederholte anatomische Untersuchung — zum andern Theil geht sie auf Grund der Befunde zur Aufstellung neuer Gesichtspuncte vor.

1) Längsfaserzüge der Hüftgelenkkapsel.

W. unterscheidet 4 longitudinale Verstärkungs- oder Hemmungs-Bänder.

a) Lig. ileo-femorale superius. Von aus- und rückwärts unterhalb der spin. ant. inf. oss. il. entspringend, zum obern Ende der lin. intertroch. ant. gehend; dickstes und kürzestes Band, der obern äussern Partie des Weber'schen lig. super. entsprechend. Hemmt Streckung, Auswärtsrollung und Adduction.

b) Lig. ileo-femorale anterius (medial. Theil des Weber'schen lig. sup., lig. sup. Henke) entspringt unterhalb der spin. ant. inf., inserirt sich an der lin. intertrochant. ant. ca. 1" vor dem trochant. min. Hemmt die Streckung. Gegen Henke, Luschka, Quain-Hoffmann wird das lig. sup. als weitaus stärker als b) angegeben, welches nur für das Auge sich mehr abhebt.

c) Lig. pubo-femorale, vom pecten oss. pubis nach abwärts, aussen, rückwärts, inserirt 1" über dem troch. min. Hemmt die Abduction.

d) Lig. ischio-femorale, zwischen Pfannenrand und Basis des absteigenden Sitzbeinastes entspringend, nach aussen, oben und vorn gehend, im obern Theile der Rollhügelgrube inserirend. Hemmungsband für Rotation des Schenkels nach innen. Insertion am Schenkel hat W. constant vorgefunden und verwirft daher die Bezeichnung ischio — capsulare in der Auffassung Weber's, Barkow's (von dem die Bezeichnung stammt), Henle's, Quain-Hoffmann's. Diese 4 Bänder werden schlaff, fast parallel bei mässig flectirtem und abducirtem Femur; mit der Streckung des Beines winden sich die Bänder spiralig um den Schenkelhals.

2) Zona orbicularis.

Für diese nicht sehr manifeste Bildung tritt Henle ein; er sieht in der Zona einen in sich geschlossenen, durch seine eigenen Fasern nirgends mit dem Knochen in Verbindung stehenden Faserring. Sie erhält am obern und untern Rande von jedem Längsbande Verstärkungsfasern und hat ihre Bedeutung in dem Zusam-

menfassen der Längsfasern der Kapsel; sie muss bei jeder Luxation zerreissen, und zwar gewöhnlich da, wo sie durch weiten Auseinandertritt ihrer Fasern am dünnsten ist, unten und hinten.

3. Ligamentum teres acetabuli.

Das lig. ter. ist nach W. ein von dem fibrösen Theile der Kapsel und dem Pfannenrande ins Innere der Gelenkhöhle tretendes, bindegewebiges Band, welches von der Incisura acetabuli aus einen synovialen Ueberzug erhält. Es entspringt mit einer langen Wurzel von der Kapselaussenfläche, zwischen lig. pubo-femorale und ischio-femorale, mit einer kurzen vom Knochen, zwischen incisura acetabuli und Vorderende der Facies lunata. Bei den Femurbewegungen kommt es niemals zu einer eigentlichen Spannung des Bandes. Speciell gegen Meyer wird noch die Function desselben als Hemmungsbandes zurückgewiesen. Wenn auch W. in $^2/_3$ der untersuchten Fälle feine Gefässcanäle von dem Ansatzpuncte des lig. in den Femurkopf dringen sah, ist doch an eine Function desselben als gubernaculum vasorum nicht zu denken. Die Function des Bandes ist vielmehr nach W. in einer Umtreibung der Synovia zu suchen.

Das Band fehlt nach Untersuchungen an Präparaten der Halle'schen Sammlung auffallenderweise beim Orang, während Chimpanse, Gorilla, Hylobates es besitzen — hiernach sind die widersprechenden Angaben der Autoren zu berichtigen.

4) Schultergelenk.

Zur Erklärung der Genese des lig. ter. geht W. zum Schultergelenk über. Das lig. coracobrachiale, mit 2 Wurzeln (eine vom proc. coracoid., eine von der Spitze des Gelenkpfannenrandes) entspringend, heftet sich an beiden Tuberkeln des Oberarms an. Die vordere Randcolumne desselben nimmt Fasern von beiden Wurzeln her auf, und rückt mit ihrer Insertion zuweilen tief in das Gelenk hinein. Dieses ist das Analogon des lig. teres, und glaubt W., dass letzteres die Synovialis zuerst nach Art eines Mesenterium nachschleppe. Beim 12wöchentlichen Fötus fand er es frei, beim 10-wöchentlichen schien es ihm wandständig zu sein. Demnach darf W. es als eine sehr wahrscheinliche Annahme aussprechen: »das lig. ter. des Hüftgelenkes ist eine Weiterentwickelung der columna anterior des lig. coracobrachiale der Schulterkapsel«.

Die Beweisführung im Einzelnen, die Präparations- und Demonstrations-Methoden, die Kritiken der entgegenstehenden Ansichten, vor allem die Abbildungen der Präparate W's müssen im Original nachgesehen werden. **Ranke** (Halle).

Kleinere Mittheilungen.

C. Foster. On the external use of the tincture of iron in erysipelas. (Med. tim. and gaz. 1875. April 3. p. 362.)

F. empfiehlt aufs Wärmste die äusserliche Anwendung der tincture of iron bei einfachen und bei leichteren phlegmonösen Erysipelen, in Form einer Bepinselung

— die auch bei puerperalen Mastitiden, bei Bubonen etc. von der vorzüglichsten Wirkung sei. **Ranke** (Halle).

Fieuzal. Mort apparente d'un enfant causée par le chloroforme. — Rappel à la vie. — Réflexions.

(Progrès médical 1875. No. 5.)

Iridectomie an einem 6jähr. Kinde in der Chloroformnarkose. Nach beendeter Operation und nachdem seit länger als 3 Minuten kein Chloroform mehr verabreicht worden war, zeigte das Kind Leichenblässe im Gesicht, Herzbewegung und Respiration hatten aufgehört. Die Zunge war nicht zurückgefallen. Das Kind wurde auf den Kopf gestellt, und die künstliche Respiration eingeleitet. Nach $1/2$ Minute und ungefähr 10 starken Pressionen auf den Brustkorb fing das Gesicht des Kindes an wieder Farbe zu bekommen, und nach einer aufstossenden Bewegung trat etwas Schleim aus dem Mund. Die künstliche Respiration wurde noch 1 Min. fortgesetzt, dann das Kind flach mit tiefer liegendem Kopfe hingelegt, die Fenster weit geöffnet, Gesicht und Brust mit der Hand und einem nassen Tuch geklatscht. Herzbewegung und Respiration kehrten allmälig wieder. Somnolenz und Unbesinnlichkeit dauerten bei normaler Respiration und Circulation noch einige Stunden an. — Das Chloroform soll gut gewesen sein. (Das Kind scheint auf einem Stuhl [Fauteuil] operirt worden zu sein.) — Ueber Verf.'s »reflexions« können wir schweigen. **Petersen** (Kiel).

Wilhelm. Zertheilung der Drüsengeschwülste durch Electricität.

(Pester med. chir. Presse 1874. No. 49.)

An der Hand einiger Krankengeschichteu sucht Verf. zu beweisen, dass man Lymphdrüsenpaquete durch einen starken constanten Strom zum Rückgängigwerden resp. Verschwinden bringen könne. Auf Compression der Geschwülste durch die Electroden wird Nachdruck gelegt. (Vergl. auch Berl. klin. Wochenschrift 1874, No. 10: M. Meyer, neues Verfahren behufs Verkleinerung von Drüsengeschwülsten durch den electrischen Strom. Ref.) **Rupprecht** (Halle).

Malherbe. L'érythème et le rhumatisme.

(Progrès médical 1875. No. 5.)

Einem acuten Gelenkrheumatismus ging ein polymorphes (marginirtes und papulöses) Erythem ungefähr 8 Tage vorauf. Dasselbe nahm den unteren Theil des Stammes, die eine Hinterbacke und den oberen Theil des Oberschenkels derselben Seite ein, verschwand ungefähr $1/2$ Tag nach dem Auftreten der Gelenkschmerzen, um später im Verlauf der Krankheit theilweise wieder zu erscheinen (auf wie lange?). **Petersen** (Kiel).

Illing. Schuss durch den Kopf, Tod am 9. Tage nach der Verletzung.

(Allg. Wien. med. Zeitung 1875. No. 7.)

Ein auf Wache befindlicher Soldat brachte sich in selbstmörderischer Absicht einen Schuss in die Unterkinngegend mit der Richtung gegen den Scheitel bei und wurde aufrecht stehend, mit dem Rücken an eine Wand gelehnt aufgefunden. Er blutete mässig aus Mund und Nase, verlangte von dem Kameraden, der ihn angetroffen hatte, er möge ihm sein Gewehr leihen, damit er sich vollends todtschiessen könne und versuchte endlich ihm die Waffe mit Gewalt zu entreissen. Nach länger dauerndem Transport während grosser Kälte kam der Kranke, fast pulslos, in des Verf.'s Behandlung. Die Kleider und Haare waren reichlich mit Gehirnsubstanz bespritzt, die Kopfbedeckung des Mannes von der Kugel durchlöchert. Pat. war im Stande sich selbst zu entkleiden und gab auf Fragen durchaus deutliche Auskunft. Unter dem Kinn war die Eintrittsöffnung, am Scheitel ein 3 Cm. breiter Substanzverlust, welcher durch zertrümmerte Gehirnmasse aus-

gefüllt war — die Ausgangsöffnung des Schusskanales. Die Lider des linken Auges stark suggillirt, der linke Bulbus beweglich, jedoch völlig amaurotisch; ophthalmoscopisch nichts nachweisbar. Der Boden der Mundhöhle, Zunge, harter Gaumen perforirt.

Der Krankheitsverlauf bietet nichts Besonderes dar, das Bewusstsein war fast immer ungetrübt, am 5. Tage traten leichte Krämpfe der Extremitäten auf, die aber wieder verschwanden, am 8. Tage entstand eine profuse Blutung aus der Schädelwunde, wobei zertrümmertes Gehirn herausgeschwemmt wurde, der Kranke wurde fast augenblicklich soporös, am 9. Tage nach der Verletzung trat der Tod ein.

Bei der Section ergab sich eine breiige Erweichung eines apfelgrossen Antheils des linken Stirnlappens, den die Kugel durchbohrt hatte; die Umgebung desselben, sowie die Hirnhäute zeigten keine Spur einer entzündlichen Reaction. In der linken Orbita eine grosse Jauchehöhle, in welcher der unverletzte Sehnerv frei lag. Die Quelle der Blutung konnte nicht nachgewiesen werden, auch war ein grösseres Extravasat innerhalb der Schädelkapsel nicht aufzufinden.

Winiwarter (Wien).

Maclaren. Case of abscess of the brain.

(The Glasgow med. Journal 1875. January. p. 112.)

Einem 23jähr. Mädchen fiel ein Stück Eisen aus einer Höhe von 3 Fuss auf den Kopf. Die unbedeutende Hautwunde heilte bald zu. 10 Tage nach der Verletzung trat Lähmung des linken Arms, eine Woche später auch des linken Beins auf. Nach 3 Wochen war die ganze linke Körperhälfte vollständig gelähmt. Nach 8 Wochen kam sie in M.'s Behandlung. Ihre geistigen Fähigkeiten waren durchaus ungestört, die Temperatur und Herzaction normal, Stuhlgang regelmässig. Ausser über die Hemiplegie klagte sie nur über einen fixen Schmerz im Vorderkopf und häufiges Erbrechen. Etwas nach rechts von der Mitte des Stirnbeines fand sich eine 1" lange Hautnarbe. Im Laufe der nächsten Wochen ging die Lähmung so weit zurück, dass Pat. stehen und den Arm bewegen konnte; das Erbrechen und der Kopfschmerz blieben jedoch unverändert. Später besserte es sich damit etwas, während die Lähmung wieder mehr hervortrat; gleichzeitig entstand eine Contractur der Flexoren der linken Hand. Im 5. Monat trat zum ersten Male ein 10 Min. anhaltender epileptiformer Anfall auf; nach dem Anfalle blieb Pat. mit dilatirten Pupillen bewusstlos liegen; in den folgenden Tagen wiederholte er sich mehrmals, bis am 6. Tage die Pat. starb.

Bei der Section fand sich die Tabula externa in einer Ausdehnung von $1^1/_2$" Länge und $^3/_8$" Breite in die Diploë eingetrieben; die Tabula interna intact, aber stark verdünnt. Die Meningen hyperämisch, mit einander leicht verwachsen. Im rechten mittleren Lappen, etwas über dem Niveau des Corpus callosum ein mit 3—4 Unzen grünlichen, rahmigen, geruchlosen Eiters gefüllter Abscess, der eine deutlich ausgebildete pyogene Membran zeigte.

Schädel (Berlin).

Weinlechner. Elfenbein-Osteome der Orbita.

(Sitzung der k. k. Gesellschaft. der Aerzte, 1875. 23. April, Wien.)

Ein 16jähriges Mädchen litt seit mehreren Jahren an Schmerzen am linken Supraorbitalrande. Eine allmälig hier sich entwickelnde Geschwulst verschob den Bulbus nach aussen, unten. Später ward sie oberflächlicher, dabei hökerig und knochenhart. Sie wurde mit Hammer und Meisel entfernt. Der Heilungsverlauf, nur zuweilen durch Erbrechen und Kopfschmerzen unterbrochen, war günstig. Das Gefühl an der linken Stirnhälfte war darnach unsicher. Die Geschwulst erwies sich als Elfenbeinosteom.

In einem 2. Falle von Osteom bei einem 59jährigen Manne, das sich in 26 Jahren entwickelt hatte, bemerkte Patient zuerst, als Soldat, Unsicherheit im Zielen; 12 Jahre später trat Erblindung des rechten Auges ein; mit dem Aufbrechen der Geschwulst Verlust des Geruches. Nach der Exstirpation entwickelten

sich Schleimpolypen und Knochenwucherungen in der Nase, die entfernt wurden. Die entfernte Geschwulst wog 8 Uncen 10 gran. Der Pat. starb an Erysipel. Am Schädel zeigte sich eine auffallende Vergrösserung der kranken Gesichtshälfte nebst zahlreichen neuen Wucherungen. **Fr. Steiner** (Wien).

M. Taube. Oesophaguscarcinom oder Aortenaneurysma?

(Arch. der Heilkunde 16. Jahrg. Hft. 3. p. 282—285.)

Ein 56jähriger Mann bot fast alle Erscheinungen eines Aneurysmas des Aortenbogens; bei der Section zeigte sich ein ausgedehntes Carcinom, das 10 Cm. unter dem Aryknorpel anfangend $^3/_5$ des Oesophagus einnahm und eine bedeutende Infiltration der umgebenden Lymphdrüsen veranlasst hatte. Der Nervus recurrens war verdrängt, die linke Subclavia von der Geschwulst umgeben, die Wand des Oesophagus exulcerirt und an 2 Stellen etwas verengert.

A. Bidder (Mannheim).

O. Kappeler. Ein Fall von fast totalem Mangel der Schlüsselbeine.

(Arch. der Heilkunde 16. Jahrg. Hft. 3. 1 Tafel.)

Bei einem 16jährigen, kleinen, im übrigen wohlgebauten Mädchen, zeigte die Untersuchung, dass die beiden Claviculae fast vollständig fehlten; am rechten Sternalrand fand sich ein $1^1/_2$ Cm. langes Rudiment, am linken ein 4 Cm. langes. Pat. konnte die Schultern nach vorne so weit einander nähern, dass die Oberarmköpfe nur 9 Cm. von einander entfernt sind.

Der eine Musculus cleidomastoideus fehlt. Interressant ist besonders, dass Functionsstörungen nicht vorhanden waren, dass Pat. z. B. mit Leichtigkeit mit den aufgestützten Händen den Rumpf tragen kann.

Erblichkeit nicht nachzuweisen. **A. Bidder** (Mannheim).

Ralfe. Abscess of liver treated by aspiration, incision. Death.

(Med. tim. and gaz. 1874. Decbr. 19. p. 686.)

Pat. kam direct aus Calcutta nach England, hatte vor 14 Tagen Blut im Stuhlgang bemerkt, seit dieser Zeit Schmerzen im rechten Hypochondrium. Nach und nach entwickelte sich ein fluctuirender Tumor an dieser Stelle, aus welchem vermittelst Aspiration 8 Unzen Eiters entleert werden; nach 4 Wochen Wiederholung. 4 Wochen später Incision, Drainage des grossen, den rechten Lappen einnehmenden Abscesses. Pat. erlag einer Pleuritis. Die Section wies keine Spuren früherer Ulcerationen im Darme nach. **Ranke** (Halle).

Ralfe. Abscess of liver running a rapid course, aspiration, death.

(Med. tim. and gaz. 1875. Jan. 9. p. 32.)

Der 37jähr. Patient war vor 3 Jahren an Dysenterie erkrankt, jetzt seit 7 Tagen von Schmerzen in der rechten Lebergegend befallen. Am 20. Tage Entleerung von 40 Unzen Eiter durch eine Aspirationspunction. 2 Tage später Tod an Erschöpfung. Der Abscess nahm fast den ganzen rechten Lappen ein. Frische Perihepatitis. Keine Spur pathologischer Veränderungen in dem Darme.

Ranke (Halle).

M. Wertner. Epileptiforme Anfälle nach Paraphimosis.

(Wiener med. Presse 1875. No. 10.)

Ein sehr kräftiger, gesunder, 15jähriger Bauernjunge hatte sich, wahrscheinlich durch Onanie, eine Paraphimose zugezogen. Incision und Reposition des Präputiums in der Narkose des Pat. Etwas carbolisirte Charpie zwischen Glans und Präputium gelegt. Am 3. Tage war die Schwellung verschwunden und Pat. ging umher; plötzlich bekam er einen exquisit epileptiformen etwa 10 Min. dau-

ernden Anfall, zugleich mit Trismus. Dieses wiederholte sich noch 2 Mal an demselben Tage. — In der Familie des Pat. litt Niemand an Epilepsie. W. meint, die Anfälle seien vielleicht der grossen psychischen Aufregung des Pat. vor der Operation zuzuschreiben.

Einige Dosen von Flor. Zinci mit geringem Morphiumzusatz reichten hin, die Anfälle in einer Woche gänzlich verschwinden zu machen. — Auch in einem andern Falle, bei einer Frau, die zur Zeit der Schwangerschaft wiederholt an epileptiformen Anfällen litt, bediente sich W. mit vortrefflichem Erfolge des Zinc. valerian. mit etwas Morph., während Bromkali und Atropin erfolglos blieben.

Fr. Steiner (Wien).

Teevan. Stone in the bladder, lithotomy, recovery. (St. Peters hospital.)

(Med. tim. and gaz. 1875. April 3. p. 363.)

Seit 5 Jahren hatte der 63jähr., kräftige Mann an Blasenbeschwerden gelitten; der Durchmesser des Steines wurde mit dem Lithotriptor $1^1/_2$ Zoll betragend gefunden. Am 22. Septbr. 1873 Seitensteinschnitt; Entfernung des 1 Unze wiegenden Steines mittelst einer Zange unter Erweiterung der Wunde mit einem Messer. Heilung, mit Bildung einer später beseitigten Mastdarmfistel.

Ranke (Halle).

Ory. Calcul vésical; opération de lithotritie périnéale; mort par infection purulente; lithiase rénale.

(Progrès médical 1875. No. 5.)

Genannte Operation wurde von Trélat an einem 45jähr. Steinkranken, der eine Hypospadie und eine klappenartige Strictur 2 Cm. hinter dem engen Orificium hatte, ausgeführt. Verf. beschreibt die Operation folgendermassen: »Kaum Blutung bei der medianen Incision, geringe und leichte Erweiterung des Blasenhalses (wie? womit?), schnelles Zerbrechen (womit?) des Steins ohne grosse Gewalt, sorgfältige Reinigung«. Tod am 7. Tage nach der Operation an Septhämie. Die bei der Section gefundenen Nierensteine enthielten phosphorsauren Kalk und phosphorsaure Ammoniak-Magnesia, der Blasenstein ausserdem Harnsäure und harnsaure Salze.

Petersen (Kiel).

Weiss. Harnblasenstein von seltener Grösse etc.

(Aus dem Ungarischen. — Pester med. chir. Presse 1875. Hft. 1 u. 2.)

Ein 30jähr., heruntergekommener Mensch litt seit 20 Jahren an typischen Steinbeschwerden. Seit mehreren Wochen erschwerte Defaecation. Vordere Mastdarmwand rückwärts gewölbt. Grenzen des Steines vom Rectum aus weder nach oben, noch nach der Seite hin erreichbar. Lateralschnitt am 31. August 1874 durch Dr. Darànyi in Arad. Stein mit zahlreichen Zotten der gewulsteten Blasenschleimhaut ringsum verbunden. Einführung des Dumreicher-Lüer'schen Steinzertrümmerers, welcher 11 Mal in Action gesetzt wird. Herausnahme der einzelnen Fragmente unter Losreissung eines grossen Theils der Schleimhaut. Nicht unbedeutende Blutung aus der Blase. Dauer der gewaltsamen Operation 25 Min. Gesammtgewicht der Fragmente des (Phosphat-) Steines 185 grm. Keine Reaction. Am 7. Tage spontane Ausstossung eines thalergrossen und eines handtellergrossen Stückes nekrotischer Blasenschleimhaut. Vom 23. Tage an grösster Theil des Urins durch die Urethra entleert. Bis hierher reicht die Beobachtung. Kurze Zeit danach soll Pat. geheilt entlassen sein, wie Verf. glaubt, mit vollständig regenerirter Blasenschleimhaut.

Rupprecht (Halle).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 23. **Sonnabend, den 5. Juni.** **1875.**

R. Volkmann. Beiträge zur Chirurgie, anschliessend an einen Bericht über die Thätigkeit der chirurgischen Universitätsklinik zu Halle, im Jahre 1873.

(XVI und 388 S. in 4⁰ mit 21 Holzschnitten und 14 Tafeln.)

Leipzig, **Breitkopf & Härtel.**

Verfasser beschränkt sich nicht auf die einfache Mittheilung und statistische Verwerthung eines innerhalb Jahresfrist zur Beobachtung gekommenen reichen Krankenmaterials, sondern liefert auch eine erhebliche Anzahl selbstständiger Skizzen und kürzerer Essays jedesmal über Fragen, welche zu den brennendsten des Tages gehören und von ihm theils angeregt, theils in hervorragender Weise gefördert wurden. So lohnend es wäre, die Kritik eines solchen Unternehmens zu schreiben, so unmöglich scheint es, den Gesammtinhalt desselben auf ein Paar Seiten auch nur in der allerflüchtigsten Weise anzudeuten. Ref. kann demnach, wenn er der Tendenz dieses Blat-

tes gemäss, einen Versuch der letzteren Art unternimmt, nur einzelne, im Original besonders ausführlich behandelte Abschnitte überhaupt in den Kreis dieser Besprechung ziehen und selbstverständlich auch von diesen kaum mehr als einfache Contouren geben. Er verwahrt sich ausdrücklich dagegen, als meine er besonders Wichtiges aus dem Ganzen herausgeschält zu haben — nach seiner Ansicht findet sich überall die gleiche Fülle des Stoffes und die vollendete Behandlung desselben; er bedauert von den zu Hstderten gegebenen casuistischen Einzelmittheilungen auch nicht eine einzige ausführen zu können.

Nur allein die Lectüre des Originals kann einen Begriff davon geben, wie schnell es in der Chirurgie anders und besser werden würde, wenn auch Anderen in der Weise des Verf's. zu arbeiten beschieden wäre.

In der Halle'schen Klinik wurden während des Jahres 1873 3351 Kranke, darunter wegen Mangelhaftigkeit und Kleinheit des Instituts eine grosse Zahl der schwersten Fälle poliklinisch, resp. ambulatorisch behandelt. Diese 3351 Krankheitsfälle vertheilen sich auf die verschiedenen Körperregionen wie folgt:

Kopf (Verletzungen, Entzündungen, Neubildungen, Deformitäten) 93; Gesicht, Nase, Mundhöhle 741; Hals 81; Brust und Thorax 93; Rücken- und Wirbelsäule 129; Abdomen 68; Becken und Lumbalgegend 12; Anus und Rectum 15; Harnorgane 66; Geschlechtsorgane 82; Extremitäten 1795 und zwar Verletzungen 695; entzündliche Processe derKnochen und Gelenke 407; entzündl. Processe der Weichtheile, der Haut, Krankheiten der Gefässe und Nerven 436; Krankheiten der Muskeln, Schleimbeutel etc. Deformitäten, Rachitis 235; Neubildungen 22; Syphilis 176.

Mehr als die Hälfte sämmtlicher zur Behandlung gekommener Krankheiten localisirt sich demnach auf die Extremitäten; an fast allen Körperregionen überwiegen die Verletzungen und entzündlichen Processe, namentlich der Knochen und Gelenke, die Neubildungen und Deformitäten.

Die zum Referat gewählten Gegenstände folgen dieser kurzen Uebersicht sofort nach.

Ueber den antiseptischen Occlusivverband und seinen Einfluss auf den Heilungsprocess der Wunden.

Der Verband kam innerhalb eines Zeitraumes von 15 Monaten bei allen Schwerverletzten und Operirten zur Anwendung, nachdem unmittelbar vorher, im Jahre 1871 und 72 in Folge von Ueberfüllung des Hospitals, Pyämie und Erysipel so viele Opfer gefordert hatten, dass Verf. nahe daran war, die vorübergehende Schliessung der Anstalt zu beantragen.

Die mit der Methode gewonnenen sehr günstigen Resultate illu-

strirен Zusammenstellungen, aus denen Ref. beispielshalber nur folgende Zahlen anführen kann:

Conservativ behandelte complicirte Frakturen	18	ohne	Todesfall
Penetrirende Gelenkwunden	9	»	»
Schwere Verletzungen der Hand	79	»	» .

Grössere Amputationen und Exarticulationen 46 mit 13 Todesfällen, unter denen indess 2 Oberschenkelexarticulationen die schon vor Beginn der Reaction tödtlich endeten und 6 Oberschenkelamputationen sich befinden, die an äusserst schwerer und multipel durch Maschinen, resp. auf der Eisenbahn verletzten Leuten ausgeführt werden mussten.

Resectionen der Gelenke, in der Continuität der Diaphysen und Osteotomieen 31 mit 5 Todesfällen u. s. w.

Indess misst V. diesen Zahlen einen nur untergeordneten Werth bei und deducirt die Trefflichkeit des Verfahrens aus der fast specifischen Einwirkung desselben auf den Gang des Wundheilungsprocesses, bei welchem, sofern es sich um frische Wunden handelt, das sog. Reinigungsstadium und die dasselbe begleitenden Zersetzungs- und örtlichen Reactionsphänomene ganz oder fast ganz fehlen. Der ekelhafte Jauchengeruch der ersten Tage pflegt, selbst beim Eintritt ausgedehnter Gangrän, nicht nachweisbar zu sein und Neigung zur Zersetzung, die sich sofort durch Verfärbung des Protective kennzeichnet, kann mit grosser Sicherheit durch eine neue Desinfection der Wundflächen, event. durch Ausätzung mit Chlorzink beseitigt werden. Selbst Blut geht unter dem Verbande keine Zersetzung ein. Es wird durch die andrängenden Gewebe zerstört, oder fällt als körnige Masse aus der Wunde heraus oder liegt geschrumpft gleich einem feuchten Schorf auf der Wunde und löst sich erst los, wenn die Uebernarbung darunter vollendet ist.

Die geringe örtliche Reaction zeigt sich am Fehlen entzündlicher Schwellungen, möge es sich um geschnittene Wundränder oder um die schlimmsten Zerreissungen handeln, an der sich nur zögernd einstellenden Granulationsbildung, an der unbedeutenden Secretion. Letztere pflegt nur in den ersten Stunden bisweilen reichlich und blutig tingirt zu sein, doch ist sie dabei geruchlos und in der Quantität bald wieder so minimal, dass es genügt mit dem Verbande jeden 2. 3. 4. u. s. w. Tag zu wechseln.

Acute progrediente Phlegmonen, jauchige Infiltrationen, nekrotisirende Zellgewebsentzündungen kamen in keinem einzigen Falle zur Beobachtung, trotzdem die Wundsecrete oft schon innerhalb der ersten 3—4 Tage unter hohen Druck gebracht werden mussten und geöffnete kalte und Congestionsabscesse, um eine prima intentio zu erreichen, mittelst Compressivverbandes behandelt wurden.

Als merkwürdig möchte noch hervorzuheben sein, die geringe Reizung, welche in die Wunde eingeführte, nicht faulige Fremdkörper, namentlich also die Drainröhren hervorrufen, der geringe Wund-

schmerz und das geringe, resp. gar nicht auftretende und dann nur 1—3 Tage anhaltende Wundfieber. Ebenso fehlt Nach- und Eiterungsfieber gewöhnlich ganz.

Technik und Modificationen des Verbandes s. im Original.

Die Beantwortung der Frage durch Ausschaltung welcher Factoren das antiseptische Verfahren wirkt, lässt V. vorläufig in suspenso und kennzeichnet seinen Standpunkt gegenüber der Wundzersetzung u. s. w. nur insoweit, dass er gewisse deletäre und infectiöse Stoffe annimmt, welche von aussen an den Kranken herantreten und die Eiterung etc. veranlassen. Das Medium, durch welches diese Stoffe in den Körper gelangen, ist die Luft, das Atrium meistens die Wunde.

Diese Anschauung steht in schroffem Gegensatze zu derjenigen Lehre, nach welcher die Entwicklung und Steigerung des Endzündungsprocesses allein von der Art und Ausdehnung der Verletzung abhängig ist. V. stützt seine Anschauung in überzeugender Weise durch die Verschiedenheit in Verlauf offener und subcutaner Verletzungen. Seine Beweisführung widerstreiten auch nicht die bekannten Thatsachen, dass zuweilen Eiterung bei unverletzten Hautdecken sich ausbildet, und dass anderseits manchmal eine solche trotz des Contactes der Luft mit der Wunde ausbleibt.

Eine sehr genaue Aufzählung und Besprechung der 1873 beobachteten Wundkrankheiten giebt Rechenschaft über die unter dem Lister'schen Verbande vorgekommenen Misserfolge.

Danach wurde Erysipel bei 30 Kranken 32 Mal, 3 Mal in der Form der erysipelatösen Gelenkeiterung unter 552 in der Klinik und 3000 ambulatorisch Behandelten (bei Letzteren 13 Mal) beobachtet. Doch entwickelten sich von diesen nur 7 an regulär nach Lister behandelten Wunden und zwar zur Zeit der Erlernung der Methode und eines häufigen Assistentenwechsels.

Pyämiefälle kamen 9 vor, doch nur ein einziges Mal bei einem Pat., der schon vor Beginn der traumatischen Reaction antiseptisch nach Lister behandelt worden war. Die 8 übrigen waren solche, bei denen entweder wegen der Geringfügigkeit der Verletzung von Lister Abstand genommen wurde, oder wo derselbe bei schon vorhandener Eiterung in Anwendung kam.

Tetanus kam einmal, Septhämie in keinem Falle vor. —

Krankheiten der Extremitäten.

Einige Bemerkungen über die Behandlung der Oberschenkelbrüche mit Gewichten.

Diese Behandlungsweise ist in der Halle'schen Klinik eine Reihe von Jahren, der Prüfung halber, fast ausschliesslich angewendet worden und hat in einer sehr grossen Zahl der Fälle die rascheste und voluminöseste Callusbildung, schnellste Consolidation und die geringste Verkürzung gegeben.

Besondere Vorzüge hat dieselbe bei sehr starken Dislocationen und bei Brüchen im oberen Drittel, ist also bei den am schwierigsten zu behandelnden Fällen am meisten zu empfehlen. Bei complicirten Fracturen und ausgedehnten Zerreissungen der Weichtheile möchte sie am besten die Uebersicht und den antiseptischen Verband gestatten, erfordert aber vor allem verständige Individuen, die sich wenigstens relativ ruhig verhalten können. Zur Befestigung des Gewichts wird die Heftpflasteransa allen andern Verbandarten vorgezogen. Die Grösse des Gewichts richtet sich ganz und gar nach der Reibung, welche die Extremität auf der Unterlage erleidet; bei Erwachsenen kamen durchschnittlich zwischen 17—30 Pfd. zur Verwendung.

Ein auf der gesunden Seite um den Damm gelegter Gummischlauch verhindert das allzu starke Herabsinken des Kranken und bewirkt gleichzeitig eine Senkung der der gebrochenen Extremität entsprechenden Beckenhälfte, wodurch das obere Bruchstück leicht in eine prononcirte, sehr oft erwünschte Abductionsstellung gezwungen wird. Ein schleifendes Fussbrett ist nothwendig um die Rotation des unteren Fragmentes, resp. das Umfallen des Fusses zu verhindern.

In 10 unter 22 Oberschenkelbrüchen, bei welchen 1873 die Gewichtsextension von Anfang bis zu Ende durchgeführt wurde, erfolgte die Consolidation durchschnittlich innerhalb 27,5 Tagen, bei einer Verkürzung von im Mittel 0,7 Cm.

28 Offene Fracturen an den Extremitäten.

(Oberarm 3, Vorderarm 6, Oberschenkel 4, Patella 1, Unterschenkel 14). — Von diesen wurden 15 conservativ behandelt und geheilt, 13 amputirt. Die Amputation verlief tödlich 5 Mal in Fällen von Zermalmung der Unterextremitäten durch Maschinen oder auf Eisenbahnen, deretwegen 3 Mal die hohe Oberschenkelamputation, 1 Mal die Hüftexarticulation, 1 Mal eine Doppelamputation des Femur gemacht wurde.

Offene Unterschenkelfracturen 14. 1 Mal mit schweren multiplen Verletzungen einhergehende Amput. femoris; der bereits 64jähr. Mann erlag rasch vor Beginn der Reaction. Die übrigen 13 Männer geheilt; einer davon mit Erfolg am Unterschenkel amputirt, 12 conserv. behandelt. Diese conserv. Behandlung wurde aber nur 10 Mal zu Ende geführt, da 2 Mal wegen Blutung erst die Femoralis unterbunden und dann noch der Oberschenkel erfolgreich amputirt wurde. Endlich wurde einmal die Resection des Fussgelenks mit Glück ausgeführt.

V. bezieht diese Erfolge allein auf die Anwendung des Listerschen Verbandes und fragt ob irgend Jemand in der Spitalpraxis, bei Anwendung der älteren Methoden schon jemals 12 conserv. behandelte complicirte Unterschenkelfacturen, die in einer erheblichen Quote mit starken Quetschungen und späterer Gangränescirung verbunden waren, hinter einander geheilt habe. Die Mortalität nach solchen

Verletzungen betrug nach seinen privaten Erkundigungen an der Mehrzahl der Deutschen Kliniken bisher mindestens 39%.

Folgende durchaus typische, aber bisher nicht beschriebene Bruchform sah V. 7—8 Mal. Infolge forcirter Pronations- und Abductionsbewegung des Fusses wird bisweilen durch den stark nach aussen sich verschiebenden Malleol. ext. ein Stück von der lateralen (der Fibula zugekehrten) Seite der unteren Tibiaepiphyse abgerissen, wobei die Bruchspalte sehr schief von oben und aussen nach unten und innen, annähernd in sagittaler Ebene, verläuft und das abgesprengte Stück gewöhnlich die Keilform hat und unter Umständen nekrotisch wird, so dass zur Fussgelenkresection geschritten werden muss. —

Hand- und Fingerverletzungen 172, darunter 71 schwere mit Weichtheil- und Sehnenzerreissung, Zermalmung der Knochen und Eröffnung der Gelenke, complicirte Fälle, bei denen stets einer oder mehrere Finger für die Function verloren gingen, oder amputirt werden mussten. Sämmtliche nach Lister behandelt, ohne dass irgend einmal eine acut-progrediente Phlegmone, eine Sehnenscheidenvereiterung u. s. w. auftrat, oder eine Spätamputation nothwendig wurde. (Schluss folgt.)

Thiernesse et Casse. De l'oxygène comme antidote du phosphore.

(Ext. du Bulletin de l'Acad. royale de méd. de Belg. T. IX. 3me sér. No. 1.)
1875. Bruxelles, H. Manceaux.

Versuche über die Wirkung des Terpentinöls als Antidot bei Phosphorvergiftungen brachten in der belgischen Academie die Frage zur Discussion, ob etwa der im rohen Oel (das Ol. Tereb. rectif. erweist sich unwirksam) enthaltene Sauerstoff es ist, dem die Rolle als Gegengift des Phosphors zukommt. — Vff. unternahmen in diesem Sinne eine Reihe von Experimenten an Hunden, die mit starken Dosen Phosphor vergiftet wurden, um dann theils durch Transfusionen defibrinirten, also arterialisirten Blutes, vor allem aber durch directe intravenöse Infusion von Sauerstoffgas dessen Wirkung als Antidot zu erproben. Die Bluttransfusionen, anknüpfend an schon vorhandene Beobachtungen, ergaben keine befriedigenden Erfolge, mochte man dieselben bei intacter Blutfülle des vergifteten Thieres, oder erst nach einem grösseren Aderlass vornehmen. Auch war es irrelevant, ob die eingespritzte Blutmenge den Aderlass quantitativ bloss deckte, oder ob sie denselben um mehrere hundert Gramme überstieg. Daher wandten die Vff. ihre ganze Aufmerksamkeit den Sauerstoffinfusionen zu, von denen sie für das Leben des Individuum keine directe Gefahr erwarteten, gestützt auf die Ungefährlichkeit selbst grösserer in das Venensystem eingebrachter Luftmassen, wenn nur die Einführung an geeigneter Stelle und ohne Ueberstürzung geschieht

(Laborde et Muron, Gaz. méd. de Paris 1873, Mars — Soc. de Biologie). Aber auch, wenn die Infusion von Sauerstoff nicht ganz ungefährlich wäre, so halten Th. und C. ihre Anwendung bei Phosphorvergiftungen für durchaus dringend geboten, weil die Patienten, falls die Menge des Giftes irgend beträchtlich gewesen, bei Anwendung aller anderen Mittel doch meistens dem Tode entgegengehen. Die Vff. wählten meist die V. saphena ext. zur Infusion und bedienten sich eines sehr einfachen von C. construirten Apparates. Das kurze Rohr einer zweihalsigen, mit reinem Sauerstoffgas gefüllten Woulf'schen Flasche wird durch einen Kautschukschlauch mit der Infusionskanüle verbunden. Das lange Rohr, welches durch den Stöpsel des anderen Halses bis auf den mit Wasser bedeckten Flaschenboden reicht, bringt man mit einem Heber in Verbindung, der in ein mit Wasser gefülltes offenes Maassgefäss eintaucht. Durch Heben des letzteren fliesst Wasser in die Flasche und während hier der Wasserspiegel steigt, wird das Oxygengas durch das kurze Rohr in die Kanüle und die Vene getrieben. Das übergeleitete Gasquantum bemisst man leicht aus der Wassermenge, welche aus dem Maasscylinder ausgeflossen ist. Die Schnelligkeit im Ausströmen des Gases lässt sich durch grösseres oder geringeres Heben des Maassgefässes reguliren. Es ist wichtig, reinen nicht mit Luft vermischten Sauerstoff anzuwenden. Die atmosphärische Luft als solche hat sich den Vff. als ebenso unwirksam erwiesen (zwei Versuche), wie ungenügende oder gar keine Infusionen von Sauerstoff. — Th. und C. entnehmen aus den ausführlicher mitgetheilten 22 Versuchen an Hunden, dass, um den antitoxischen Effect zu erzielen, man nicht weniger als 150 bis 200 Ccm. Sauerstoff, bei einem Körpergewicht der Thiere von 5 bis 8 Kilo, einführen dürfe, dass aber bei grösseren (schwereren) Individuen Infusionen von 300 bis 500 Ccm. nöthig werden können. Sodann muss die Sauerstoffzufuhr zeitig genug geschehen, ehe der Phosphor tiefere Veränderungen der Blutmasse und der verschiedenen Organe hervorgebracht hat. Gegen den Einwurf, dass die Vff. etwa nicht tödtliche Dosen Phosphor angewandt hätten, verwahren sie sich durch Controllvergiftungen ohne alle Therapie und durch die Angabe, dass sie pro Kgrm. Versuchsthier durchschnittlich etwa 16 bis 20 Milligrm. Phosphor gereicht haben und zwar in einer die Resorption sicher nur befördernden Mischung, nämlich in einer Emulsion mit Eigelb. Bei selbst geringerer Dosis und gleicher Darreichungsweise soll die Commission der Academie mit Hülfe des Terpentinöls keine Lebensrettung mehr ermöglicht haben. Interessant ist Versuch 13, wo durch Versehen, statt in die Vene, das Gas in das umgebende Bindegewebe eindrang und Emphysem fast der ganzen Hinterpfote zur Folge hatte. Das vergiftete Thier erholte sich nur wenig und ging im Laufe der folgenden Nacht zu Grunde. Die Section ergab den charakteristischen Befund der Phosphorvergiftung.

Lesser (Berlin).

Pajot. Le Chloroforme dans les accouchements naturels considéré aux points de vue scientifique et pratique.

(Annales de Gynécologie 1875. Janvier.)

P. wendet sich besonders gegen die sogenannten Chloroform-Accoucheure (Accoucheurs anesthésistes) und zeigt nach den verschiedensten Gesichtspuncten hin, dass das sogenannte Anchloroformiren bei natürlichen Geburten, die halbe Anästhesie der Frau, vom Arzt ganz allein ausgeführt ohne irgend welche andere ärztliche Beihülfe durchaus zu verwerfen sei. Das Resumé seiner Auseinandersetzungen ist nach P.'s eignen Worten folgendes:

1) Das Chloroform hat in der Geburtshülfe für alle Zeiten seinen scharf markirten Platz. Kein praktischer Arzt wird zögern, es mit allen nöthigen Vorsichtsmassregeln anzuwenden bei schmerzhaften Operationen, oder bei spontanen, abnormen Entbindungen.

2) Die volle Anästhesie bei natürlichen Entbindungen, während der Erweiterung der Uterinorificien und der Vulva, ist eine Vornahme, über die sich streiten lässt. Ihre Gefahren und Nachtheile scheinen beträchtlich ihre Vortheile zu übertreffen. Jedoch hat auch die gegentheilige Meinung ihre Gründe und lässt sich vertheidigen.

3) Es ist ein entschiedener Beobachtungsirrthum, dass die ganze Periode der Erweiterung (Eröffnungs- und Austreibungsperiode) im Allgemeinen von den Frauen leicht ertragen werde.

4) Eben so falsch ist es, dass das sogenannte Anchloroformiren, wie behauptet worden ist, die Uterincontractionen verringere und verlangsame.

5) Die halbe Anästhesie (Chloroforme à la reine der Engländer) ist eben so unnütz wie harmlos, und erscheint an Stelle verzögernder Mittel geeignet, auf die Einbildungskraft der Frauen einzuwirken und so Zeit gewinnen zu lassen, wenn bei einer natürlichen Entbindung nichts Anderes zu thun ist.

Leopold (Leipsig).

Th. Keith. Operation bei eiternden Ovarialcysten.

(Edinburgh med. Journal 1875. Febr. p. 673.)

Während man bisher die Ovariotomie hauptsächlich bei nicht in Umsetzung begriffenen Ovarialcysten in Anwendung zog, will K. die Grenzen der Operation erweitern und räth die Ovariotomie ganz besonders in den Fällen zu machen, in welchen der Cysteninhalt in eitriger oder jauchender Umsetzung begriffen ist, oder bei welchen nach der Punction septische Erscheinungen »typhoid symptoms« eintreten. Er selbst hatte vor 10 Jahren zum ersten Male die Ovariotomie in einem derartigen Falle während des Halbdelirium des septischen Fiebers erfolgreich ausgeführt (Lancet 1865, p. 480) und sie seitdem in 12 Fällen, von denen 2 chronische Eiterung darboten, wiederholt. Wenn auch der Allgemeinzustand der Personen höchst ungünstig, die Operation wegen der zahlreichen Verwachsungen der

Geschwulst sehr mühsam und langdauernd ist, die Kranken für den Zuschauer solcher Ovariotomieen als absolut verlorene erscheinen, so widerspricht dieser ungünstigen Prognose die günstige Erfahrung, denn K. hatte nur 2 Todesfälle zu beklagen. Die 9 bisher nicht veröffentlichten Fälle, welche im Originale ausführlich wiedergegeben sind, sind folgende:

1) Acut eiternde Ovariencyste, Ovariotomie, Genesung. Bei der 35jähr. Frau bestand nachweislich seit 2 Jahren ein jetzt stark verwachsener Ovarialtumor, bei dessen Punction 3 Gallonen dicker, eitriger Flüssigkeit entleert wurden; nach 3 Wochen hatte sich unter Zunahme der bestehenden Fiebererscheinungen die Cyste wieder angefüllt; Ovariotomie am 13. Juli 1871; die Cyste überall adhärent, verdicktes Peritoneum sehr verändert, viel Blutverlust. Die ersten 24 Stdn. bestand hohe Lebensgefahr, dann Besserung; in der 4. Woche wird ein abgesacktes peritonitisches Exsudat durch Punction entleert; nach 5 Wochen wird die Frau geheilt entlassen und befindet sich heute noch ganz gesund.

2) Acut eiternde Cyste, Ovariotomie, Genesung. 40jähr. Frau mit grösstentheils adhärenter, multiloculärer Cyste; Entleerung eines Eimers voll dicklicher (?) Flüssigkeit ändert die Lagerung der Cyste zu ihrer Umgebung in keiner Weise; 2 Wochen später war heftiges Fieber aufgetreten mit schnellem Verfall der Kräfte. Am 27. Juli 1872 mühsame Ovariotomie; die Geschwulst wog 30 Pfd.; die ersten 2 Tage gaben wenig Hoffnung, dann erfolgte gleichmässige, schnelle Besserung und es besteht z. Z. noch volle Gesundheit.

3) Acut eiternde Cyste bei niedriger Temperatur, Ovariotomie, Genesung.

Die 57jähr. Frau, vor 2 Monaten punctirt, hatte Oedem der Beine, der Vulva und Bauchdecken, wenig Eiweiss im Urin; der Bauchumfang in der Höhe des Nabels betrug 46″. Bei der hochgradigen Abmagerung, dem kleinen, frequenten Pulse, der andauernd niedrigen Temperatur etc. vermuthete K. einen malignen Ovarialtumor und wollte der Erleichterung wegen nur eine Punction machen; als aber bei der Punction sich stinkende Eitermassen entleerten — die niedrige Temperatur hatte die Diagnose der Suppuration zurückgewiesen — so gestalteten sich die Aussichten günstiger und es wurde trotz der rothen, trockenen Zunge, der Diarrhoe, der profusen Schweisse und dem leeren umnebelten Blicke bei voller Apathie am 21 Septbr. 1872 die vielfacher Adhäsionen wegen mühsame Operation gemacht; 20 Catgutligaturen wurden nothwendig; der Stiel durch Glüheisen getrennt und versenkt; die Cyste ohne Inhalt wog 12 Pfd.; nach einigen Stunden hob sich Temperatur und Puls; gleichmässig zunehmende Besserung begann nach 2 Tagen; in der 5. Woche konnte Patientin geheilt entlassen werden.

4) Acut eiternde Cyste, Operation, Genesung. Dieser Fall betraf ein 20jähr. Fräulein, deren Schwester an Ovarialleiden zu Grunde gegangen war; Bauchumfang betrug $37^1/_2$″, der Allgemeinzustand war

wenig erfreulich. Operation am 31. Decbr. 1872, sehr schwierig; die zahlreichen kleinen Cysten sehr leicht zerreisslich; der kurze Stiel wird durch Glüheisen abgetrennt; starker Blutverlust; hochgradige Erschöpfung nach der Operation, erst am 9. Tage tritt sichtliche Besserung ein. Vom 29. Tage ab schnelle Reconvalescenz.

5) Acut eiternde Cyste, Pyämie, Operation. Tod am 3. Tage. Eine 53jähr. Frau 3 Mal punctirt, bekommt Eiterung der Cyste. Ihr Zustand so trostlos, dass durch die Operation nur ein Versuch gemacht wurde, das sicher verlorene Leben zu retten. 25. Jan. 1873 Ovariotomie, breite Verwachsungen mit Darm und unterer Leberfläche; die vordere Cyste voll Eiter, Stiel sehr kurz und breit wird durch Cauterium getrennt; zahlreiche Ligaturen sind nothwendig. Anfangs schien alles gut zu gehen, dann Peritonitis und obwohl die nächsten 2 Tage keine besonderen Erkrankungserscheinungen boten, so trat unter Abnahme der Kräfte am 3. Tage der Tod ein. Im Abdomen fand sich unter der Leber 1 Unze Eiter, um den Stiel eine Art Höhle mit 8 Unzen rothen Serums erfüllt, im Becken eine Spur klaren Serums.

6) Acut eiternde Cyste, Ruptur, Operation, Genesung. Bei der 27jähr. Person bestand eine seit 18 Monaten nachgewiesene multiloculäre Cyste. Neben Anämie litt Pat. auch an Chorea. Die Punction entleerte blutigen Inhalt. Im Septbr. Eiterung in der Cyste, heftige Schmerzen im Abdomen, die Extremitäten kühl, die Athmung schwer, der Puls klein, das Abdomen sehr ausgedehnt. Da an einer Ruptur der Cyste kein Zweifel sein konnte, so wurde durch eine Incision die freie Flüssigkeit entleert; nach 3 Tagen hatte sich der Zustand so weit gebessert, dass die Operation möglich war. Die am 23. Octbr. 1872 ausgeführte Ovariotomie hatte ihre besondere Schwierigkeit wegen der starken Verwachsung mit Netz und Leber; viele Catgutligaturen; ein Stiel fast gar nicht vorhanden, der Tumor grenzte direct an den Uterus. Vom 3. Tage ab gleichmässige Besserung; am 26. Tage die Wunde vernarbt. Die Chorea ist seitdem verschwunden.

7) Acut eiternde Cyste, Operation, Genesung. Eine grosse, multiloculäre Cyste bestand bei der 36jähr. Frau nachweislich seit 2 Jahren; der Bauchumfang bei der anämischen, hochgradig abgemagerten Person 52". Die Punction brachte grosse Erleichterung der Kranken. Bald aber zeigten sich die Symptome der Eiterung, deshalb am 13. Sept. 1873 Ovariotomie; kurzer Stiel; die Cyste ohne Inhalt wog 15 Pfd. Schnelle Besserung; am 15. Tage ist Pat. ausser Bett.

Die beiden Fälle chronischer Ovarialcysten-Eiterung — hier war keine Punction als Ursache anzuschuldigen — boten nichts Besonderes und verliefen gut.

Am Schlusse des Artikels giebt K. ein Resumé der Vorkommnisse bei den soeben beschriebenen Ovariotomieen und erörtert die Symptome der Cysteneiterung. **Pilz** (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

Chloroform-Tod.

(British med. Journal 1874. Vol. II. p. 783.)

Im Londoner Royal Free Hospital wurde ein 14jähr. Mädchen behufs genauer Untersuchung des Hüftgelenks chloroformirt. Nach Einathmung von 60 Tropfen innerhalb 2 Minuten erfolgte plötzlich trotz Zuhülfenahme der Silvester'schen Belebungsmethode und der Anwendung der Electricität der Tod. Die Section ergab nichts Abnormes; sämmtliche Organe waren gesund. **Pils** (Stettin).

Tod nach Einathmung von Bichlorid of Methylen.

(British med. Journal 1874. Vol. II. p. 823.)

Dem sehr kurzen Berichte zufolge wurden zur Narkotisirung 3 Drachmen verbraucht. Nach 2 Minuten sterthoröses Athmen; am Ende der Operation (Entfernung einer kleinen cariösen Stelle nahe dem Thränenbeine) setzte plötzlich Puls und Athmung gänzlich aus. Trotz aller angewandten Belebungsversuche kam Pat. nicht wieder zu sich. Einer Section ist nicht Erwähnung gethan.

Pils (Stettin).

Roehlen. Transfusionen.

(Correspondenzblatt der ärztl. Vereine in Rheinland etc. etc. 1875. p. 34.)

R. berichtet über den weiteren Verlauf früher gemachter Lammbluttransfusionen (s. Centralbl. f. Chir. 1874, p. 543). In dem Fall von hochgradiger Chlorose, der »vollständig hergestellt wurde«, war die Wirkung der Transfusion nicht von Dauer. Anämie und Schwäche kehrten wieder. Bei einer abermaligen Transfusion entwickelte sich von der Gegend der Armwunde aus am 12. Tage eine heftige Phlegmone des ganzen Armes. Die Wunde selbst blieb dabei theilweise geschlossen. Nur an den beiden Endpuncten des Schnittes, wo die mit Catgut unterbundene Vene lag, zeigte sich eine äusserst geringe Eiterung. Die Kranke kam in ihren Kräften wesentlich herunter. — Ein Fall von chronischer Pneumonie wurde ebenso mit einer zweiten Transfusion behandelt. Einige Besserung. Die Dämpfung scheint eine etwas geringere als früher. — Ausserdem wurden an 3 neuen Patienten (Anämie und Hysterie, Lungentuberkulose) einmalige Transfusionen ausgeführt. Theils gänzliche Resultatlosigkeit, theils geringe Besserung. **Madelung** (Bonn).

M. Meyer. Bericht über die chirurgische Abtheilung der Krankenverpflegungsanstalt der jüdischen Gemeinde zu Berlin für das Jahr 1872.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 3. p. 423—442.)

Zweite eines Auszuges nicht fähige Hälfte des in No. 27, 1874 des Centralbl. f. Chir. referirten Aufsatzes. Derselbe behandelt die Krankheiten der Gelenke, Sehnenscheiden und Muskeln, die angeborenen Verkrümmungen, die Hernien, endlich die Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Als interessant wären zwei Hüftgelenksentzündungen hervorzuheben, die sich infolge angestrengten Gehens bei offenem Bubo bildeten. Das eine Mal erfolgte die Heilung erst nach Resection des Gelenkes.

Carcinome des Kniegelenks kamen 2 Mal zur Beobachtung.

Wilh. Koch (Berlin).

M. Hagen. Beobachtungen über Carbolsäure als Antiphlogisticum.

(Bayer. ärztl. Intelligenzbl. 1874. No. 32. p. 295.)

Verf. machte Injectionen von Carbolsäurelösung (2%) in folgenden Fällen: 1) bei einer Phlegmone der Hand, 2) in einem Falle von Vereiterung der linken Niere mit Uebergreifen der Entzündung auf die Umgebung, 3) in 2 Fällen von croupöser (? Ref.) Entzündung des Kehlkopfes und der Fauces bei Kindern, 4) in einem Falle von Cruralneuralgie, 5) bei 6 Fällen von croupöser Pneumonie.

Die Injectionen sollen immer sofort den günstigsten Erfolg gehabt haben (! Ref.), namentlich behauptet Verf., es hätten die Pneumonieen nach den Injectionen »das Ansehen und den Verlauf von leichten Fällen bekommen«. Die ungenaue Mittheilung der Fälle gestattet kein Urtheil über ihre Beweiskraft.

P. Bruns (Tübingen).

J. Wolff. Ueber die Expansion des Knochengewebes. Vortrag in der Berl. med. Gesellschaft am 16. Decbr. 1874.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 6, 7 u. 8.)

In einer Polemik gegen Wegner vertheidigt Verf. seine Ansicht über Knochenwachsthum. An den Experimenten wird zunächst der Umstand getadelt, dass Wegner viel zu starke Nägel und Drähte genommen habe, wodurch das normale Expansionsvermögen der Knochen zu sehr alterirt werde. Ferner glaubt Verf. von den durch Wegner citirten Autoren, welche experimentell nur appositionelles Wachsthum gefunden haben sollten, dass sie theilweise, besonders Duhamel, gerade entgegengesetzte Resultate gewonnen und ausgesprochen haben. Aus seinen experimentellen Arbeiten und deren Resultaten, aus der Structur der Knochenbalken bei den Knochen verschieden alter Individuen und aus der mikroskopischen Untersuchung wachsender Knochen schliesst Verf., dass das Wachsthum der Knochen durch Expansion erfolge. **v. Mosengeil** (Bonn).

J. Spence. Tetanus traumaticus, erfolglos mit Calabar behandelt.

(The Lancet 1875. Vol. I. p. 13.)

Das vorwiegend von englischen Beobachtern als besonders wirksam bei Tetanus gerühmte Extract der Calabar-Bohne liess in S.'s Fall gänzlich im Stich, obwohl als kräftige Adjuvantien Morphium, Bromkali, Chloroform, Chloralhydrat in nicht geringen Dosen zur Seite standen; in 3 Tagen wurden nicht weniger als 22 gran des alkoholischen Extracts verbraucht. 9 Tage nach Auslösung des verletzten Fusses im Fussgelenke trat der Tod ein. **Pilz** (Stettin).

Descamps. Tétanos traumatique. — Traitement par le chloroforme en inhalations. — Mort.

(Archives médicales belges 1875. Hft. 2.)

Die von Siégard gegen Tetanus so dringend empfohlenen Chloroforminhalationen hat D. in seinem Falle unwirksam gefunden. Es handelte sich um eine Fingerverletzung, welche unter den bekannten (zum Theil auch septhämischen) Symptomen tödtlich endete. Bei der Section fand man Erweichungszustände im Rückenmark, besonders im Cervicaltheil, und Röthung der vorderen Stränge, sonst nichts Auffälliges. **Arn. Hiller** (Berlin).

A. Jurasz. Gelsemium sempervirens gegen Neuralgie.

(Medycyna 1875. No. 14, polnisch.)

Die aus der Merk'schen Droguenhandlung in Darmstadt bezogene Tinctur des Mittels wurde mit Erfolg in 3 Fällen von Neuralgie (2 Mal supraorbitale, 1 Mal im Oberarm) zu 5—10 Tropfen 2 bis 3 Mal täglich angewandt — nachdem andere Mittel fruchtlos versucht worden waren. **Obaliński** (Krakau).

Amussat (fils). Ablation des tumeurs pédiculées de la peau au moyen de la galvanocaustique thermique.

(Revue de Thérapeut. médic.-chirurg. 1875. No. 2 u. 3.)

Den 3 von Middeldorpf im Jahre 1854 veröffentlichten günstigen Erfolgen bei der Exstirpation verschiedener Tumoren der Haut mittelst der galvanocaustischen Schlinge — weitere Mittheilungen hat A. in der Litteratur nicht finden können — reiht Verf. 7 ganz ähnliche Fälle an, in welchen mehr oder weniger gestielte Papillome, Lipome, Fibrome und spitze Condylome der Haut unter Anwendung galvanischer Instrumente, ausser der Schlinge auch Scheere und Bistouri, abgetragen wurden. Der Operations- und Heilungsverlauf war in allen Fällen ein befriedigender. Casuistik, histologischer Befund und Abbildungen bringen nichts Neues. **Arn. Hiller** (Berlin).

Mc. Leod. Foreign body in the larynx. Extraction. Tracheotomy. Recovery.

(The Indian Med. Gazette 1875. Vol. X. No. 3. p. 72.)

Ein 14monatl. Knabe verschluckte eine Schraube von 1¼ Zoll Länge. Eine Stunde später wurde das Kind im asphyctischen Zustande zu M. gebracht. Bei

der Digitalexploration fand er den Schraubenknopf über den Kehlkopfseingang gelagert, der übrige Theil steckte in dem Larynx und wurde dort krampfhaft so festgehalten, dass die Schraube nur mit Anwendung von beträchtlicher Gewalt und mit grosser Verletzung der inneren Larynxauskleidung herausbefördert werden konnte. Da sich die Respiration durch Reizmittel nicht befriedigend herstellen wollte, machte M. in der Voraussetzung, dass der Zustand der verletzten Kehlkopfschleimhaut daran schuld sei, die Tracheot. infrathyroid. und legte die Kanüle ein, worauf die Respiration gut wurde. **A. Burger** (London).

T. Woolverton. Fremder Körper im Bronchus.

(The Boston med. and surg. Journal 1875. p. 285.)

In der Trunkenheit fiel, eine Thonpfeife im Mund, ein 56jähr. Mann 5 Fuss hoch aus der Hängematte auf den Boden; die erste Viertelstunde bestand erschwerte Athmung, heftiger Schmerz hinter dem Brustbeine und grosse Schmerzhaftigkeit der contundirten Schultergegend. 3 Tage später klagte Pat. viel über Husten und bekam beim Aufrichten behufs genauer Brustuntersuchung einen Erstickungsanfall. Man fand linksseitigen Lungenkatarrh; dabei war im Uebrigen die Athmung frei. Am 4. Tage erfolgten wieder einige krampfhafte Hustenanfälle und in einem derselben entleerte er ein $^1/_4''$ langes Stück Thonpfeife und 1 Drachme hellrothes Blut. Die nächsten Tage bestand noch eine leichte Bronchitis.

Pilz (Stettin).

Romiée. Quelques mots sur les tumeurs intraoculaires.

(Annales de la soc. méd. chir. de Liège 1875. Février. p. 57.)

Zweimalige Enucleatio bulbi wegen Sarcom der Chorioidea, das eine Mal bei einer 64 Jahre alten cachectischen Frau, das zweite Mal bei einem $1^1/_2$jähr. Knaben. In beiden Fällen rasche Heilung. Die alte Frau war noch nach 2 Monaten schmerzfrei, ohne Recidiv, und ihr Allgemeinzustand befriedigend.

Ullersperger (München).

G. Lawson. Fractur der Schädelbasis mit geringen Erscheinungen.

(British med. Journal 1875. Vol. I. p. 210.)

Der 42jähr. Mann auf der Strasse liegend gefunden und durch einen Schutzmann in's Middlesex Hospital gebracht, kam auf lautes Anreden etwas zu sich, konnte anfangs keine Angaben machen, wurde aber im Laufe des Tages etwas besinnlicher; man bemerkte nur eine kleine Hautwunde an der rechten Kopfseite und geringe Blutung aus dem linken Ohr; bald nach der Aufnahme erfolgte ein epileptischer Anfall, am 2. Tage trat Delirium tremens ein. Seit dem 5. Tage erneute sich eine Reihe epileptischer (?) Anfälle; in einem derselben am 12. Tage erfolgte plötzlich unerwartet der Tod.

Die wie es scheint für besonders wichtig angesehenen Angaben der Frau ergaben, dass der Verstorbene mit seinen 3 Brüdern, gerade wie der Vater, Säufer war; alle 2—3 Monate ergab er sich auf 3—4 Wochen heftigem Trunke und den Abschluss bildete immer ein Delirium tremens und eine Reihe epileptischer Anfälle, worauf die Pause der Mässigkeit erfolgte. Auf diese Aussagen hin (!?) wurde die ursprüngliche Diagnose der Schädelfractur fallen gelassen.

Section: Blutige Infiltration des rechten Temporalmuskels; beträchtliches festes Blutcoagulum zwischen rechtem os temp. und dura mater, sowie zwischen Pia und Gehirn beiderseits an den temporo-sphenoid. Lappen und in der Hinterhauptsgegend (?); an diesen Stellen war die Corticalsubstanz zerrissen. Eine lineare Fractur ging quer durch die Schädelbasis von dem Schuppentheil eines Schläfenbeines zum andern durch die Felsenbeine und Keilbeinkörper, so dass nach Entfernung der Schädeldecke die Gesichtsknochen wie in einer Gelenkverbindung beweglich erschienen.

Das sogenannte Delir. tremens und mehr noch die »häufigen epileptischen Anfälle« dürften doch wohl mit der Verletzung in Verbindung gebracht werden.

Pilz (Stettin).

J. Radek. Ein Fall von Struma cystica.

(Przegląd lekarski 1875. No. 18, polnisch.)

Die kindskopfgrosse Cyste bestand bei dem 28jähr. Schustergesellen seit 10 Jahren und erst seit etlichen Wochen begann Pat. über Schmerzen, Heiserkeit, Ohrensausen, Funkensehen etc. zu klagen, welche Symptome ihn auch das Spital aufzusuchen nöthigten. Die Cyste bewegte sich nach oben beim Schlingen, der Larynx war gegen die rechte Seite — die linke Carotis communis dagegen nach aussen vom linken m. sternocleidomastoideus verschoben. — Operation mittelst galvanocaustischer Schneideschlinge und Drainage — Entleerung von 2 Pfd. chocoladenfarbiger Flüssigkeit; der eingeführte Finger fühlte an den Cystenwandungen kalkartige Ablagerungen. In 2 Monaten völlige Heilung.

Obaliński (Krakau).

Terrillon. Traitement des polypes muqueux des fosses nasales.

(Bulletin général de thérapeutique Vol. LXXXVII. No. 12.)

Verf. empfiehlt die Ausrottung der Polypen mittelst eines modificirten Maisonneuve'schen Constricteurs. Das Instrument ist kleiner und besitzt eine stumpfwinkelige Krümmung. Die eigentliche Operation geschieht nach bekannten Regeln.

Die Blutung soll fast null und der Schmerz höchst unbedeutend sein.

Die empfohlene Nachbehandlung mit Stypticis u. s. w. unterscheidet sich wenig von der üblichen. **Girard** (Strassburg i/E.).

H. Cayley. Large fatty tumour of arm.

(The Ind. Med. Gazette 1875. Vol. X. No. 3. p. 69.)

C. beschreibt vielleicht die grösste Fettgeschwulst, die an der Stelle ihres Sitzes, nämlich der inneren Seite der unteren Hälfte des l. Oberarms, beobachtet worden ist. Ihr Hals hatte einen Umfang von 18 engl. Zoll; in der Mitte betrug der Umfang 3 Fuss; nach Entfernung wog sie 23 Pfd. Sie hing mit der die Gefässe deckenden Fascie zusammen. **A. Burger** (London).

Richet. Luxation scapulo-humérale ancienne. — Taraudage.

(Revue de thérapeutique médic. chirurg. 1875. No. 8.)

Unter dem Namen »Taraudage« (Schraubendrehung) empfiehlt R. für veraltete Humerus-Luxationen ein Verfahren, welches in der wiederholten Ausführung von Rotations- und Circumductionsbewegungen des Oberarms besteht und den Zweck hat, durch Dehnung, resp. Zerreissung der neugebildeten fibrösen Verwachsungen den gefesselten Humeruskopf wieder flott zu machen. Es soll weniger Kraftaufwand erfordern, als directe Tractionen, namentlich mittelst Flaschenzug. (Ein längst bekanntes und in Deutschland vielfach angewandtes Verfahren. Red.)

Arn. Hiller (Berlin).

Uhde. Uniloculäre Ovariencyste (?). 3malige Punction. Unvollständige Exstirpation. Tod.

(Deutsche Klinik 1875. No. 9. p. 69.)

Bei einer 37jähr. Pat., welche seit 20 Jahren an einer Anschwellung des Unterleibes litt, wurde nach wiederholter Punction die Diagnose auf einkämmerige Ovariencyste gestellt und im Jahre 1867 die Laparotomie zum Zwecke der Exstirpation der Ovarialcyste ausgeführt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle und Punction der Cyste (es entleerten sich 28 Pfund einer hellen, alkalisch reagirenden, wenig eiweisshaltigen Flüssigkeit von 1,016 specifischem Gewichte) wurde wegen Verwachsung der Cyste mit der hinteren Bauchwand nur eine partielle Exstirpation der vorderen Cystenwand ausgeführt. Tod am 3. Tage. Bei der Section ergab sich, dass es sich um eine Cyste der rechten Niere (Hydronephrose) handelte.

P. Bruns (Tübingen).

A. E. Fick. Ueber den coxitischen Knieschmerz.

(Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 10.)

Verf. citirt Hyrtl, nach welchem das Hüftgelenk nur von einem Aestchen des N. obturatorius versorgt werde, das Kniegelenk dagegen durch 8 bis 9 (vom n. cruralis 2, vom n. peronaeus 2, vom tibialis 3, saphenus major 1 und bisweilen vom

n. obturatorius 1). Hieraus leitet Verf. geringere Empfindlichkeit des Hüftgelenkes her und deducirt aus dem Umstand, dass Laien von ihrem Hüftgelenk keine richtige Vorstellung haben, meist nicht einmal von seiner Betheiligung beim Gehact etwas wissen, dass der coxitische Knieschmerz auf falscher Deutung des im Anfang nur unbedeutenden Hüftschmerzes beruhe (fehlerhafte Localisation). Verf. schlägt nun vor, Patienten mit beginnender Coxitis und betreffendem Knieschmerz anatomisch und physiologisch über das Hüftgelenk und seiner Functionen zu unterrichten, darnach aber nach dem Sitz der Schmerzen zu fragen. Mit zunehmender Erkenntniss werde der falsche Knieschmerz schwinden. **v. Mosengeil** (Bonn).

Courty. Du traitement des fistules à l'anus par la ligature élastique.

(Bulletin général de thérapeutique Vol. LXXXVIII. No. 2.)

Féliset. Emploi de la ligature elastique pour une fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur.

(Ibid. Vol. XXXVII. No. 12.)

C. empfiehlt die Anwendung der elastischen Ligatur bei Analfisteln auf's Lebhafteste.

Die Blutung fehlt vollständig; die an und für sich schon sehr erträglichen Schmerzen weichen dem Gebrauch von Narcoticis ohne Schwierigkeit; man braucht keine besonderen Instrumente.

Die elastische Ligatur braucht je nach den Fällen 6—14 Tage, bis sie vollständig durchgeschnitten hat. Allein die Patienten können manchmal schon am ersten Tage aufstehen. — Während der ganzen Behandlung braucht man nur für leichten Stuhlgang zu sorgen.

F. spricht sich ähnlich aus. — (Cf. Centralbl. f. Chir. 1874. p. 415. Ref.)

Girard (Strassburg i/E.).

Shellenberger. Dislocation of the head of the femur forward on the pubic bone.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 165. p. 197.)

Ein 64jähr., kräftig entwickelter Mann schwang sich auf einen schnell dahinfahrenden Zug, wurde aber in demselben Augenblick, als seine linke Hand ein Eisengitter fasste und sein linker Fuss auf den Tritt zu stehen kam, herabgeschleudert und auf die rechte Hüfte geworfen.

Der Fuss war um $^3/_4$ Zoll verkürzt und stark nach auswärts rotirt; der Kopf des Femur stand auf dem Ramus horizontalis ossis pubis auswärts von der Arterie. Bei dem Versuche die Einrenkung durch Flexion und Zug am oberen Schenkelende begab sich der Gelenkkopf auf das Os ilium und wurde von hier aus durch die Flexion und Rotation nach aussen reducirt. **Wilh. Koch** (Berlin).

W. Gilbee. On a case of fracture of the os femoris with death by embolism.

(The Australian Medical Journal 1874. Nov. No. 163. p. 339.)

Ein 39jähr. gesunder kräftiger Mann erlitt eine einfache Querfractur zwischen mittlerem und unterem Drittel des rechten Femur. Der Fall schien gut zu verlaufen bis am 20. Tage nach der Verletzung der Kranke plötzlich von einem heftigen Schmerz in der Präcordialgegend, der längs dem linken Sternalrande nach oben hin ausstrahlte, ergriffen wurde. Dabei Gefühl von Beengung in der Brust, beschleunigte Respiration und beschleunigter schwacher Puls, leichte convulsivische Zuckungen. Herztöne rein. Athmungsgeräusch normal. Nach 10 Minuten Tod unter den Erscheinungen von Collaps. Die Section ergab als Todesursache das Losreissen eines gesunden Fibringerinnsels aus der Ven. femoral. und Festsetzung desselben an der Theilungsstelle der Art. pulmonal. An dieser Stelle war die Arterie obturirt durch einen dunklen Blutpfropf, der bei näherer Prüfung sich

aus wurmförmigen, verschlungenen, abgebrochenen und zusammengepressten Gerinnseln, die sich in die Zweige der Pulmonalarterie fortsetzten, zusammengesetzt zeigte. An der Fracturstelle fand sich guter Callus, keine Splitter, die die Vene hätten verletzen können und, wie ausdrücklich bemerkt wird, kein Eiter.

(Ref. beobachtete einen Fall, den er ebenfalls nur auf Verschleppung eines gesunden Fibringerinnsels von einer fast geheilten Operationswunde in einen kleineren Zweig der Art. pulmon. zurückführen kann. Wegen Verletzung des Kniegelenkes wurde einem kräftigen 29jähr. Mann der linke Oberschenkel im unteren Drittel amputirt. Heilung per prim. intention. bis auf eine kleine Stelle im Winkel der Operationswunde, aus dem die sich frühe gelösten Unterbindungsfäden herausgehangen hatten. In der Mitte der 4. Woche nach der Amputation wurde dem sich sehr wohlfühlenden und blühend aussehenden Pat. aus dringlichen Reinlichkeitsgründen in der Vormittagsstunde ein kurzes Vollbad gegeben, in das er vorsichtig gehoben wurde. Wenige Stunden darauf (Nachmittags) Schüttelfrost, in dem die Temp. bis auf 40,4 stieg. Dabei Klagen über stechenden Schmerz in der Tiefe der Brust, trockenes Hüsteln. An einer sehr beschränkten Stelle dicht unter dem Winkel der linken Scapula ein leises, anscheinend aus der Tiefe kommendes inspiratorisches Giemen, bei gutem Percussionsschall an der Stelle. Nach dem Schüttelfroste, der über eine Stunde andauerte und mit Schweiss endete, normale Abendtemperatur (!). Am folgenden Tage subfebrile Temp. Am 3. Tage vollständiges Wohlsein. Temperatur normal. Das gesunde Aussehen der kleinen Wunde und die geringe Eiterung hatten keine Aenderung erlitten.)

A. Burger (London).

L. G. Camison. Reseccion subperiostica de la diafisis de la tibia y socaviamento de la extremidad articular superior. Regeneracion. Cicatrizacion.

(La gaceta de Sanidad militar. Madrid 1875. No. 1. p. 21.)

F. V., einem 32jähr. Corporal bei den Carabiniers, von robustem Körperbau, der nur früher an hartnäckiger Malaria gelitten, wurde in einem Gefecht durch ein conisches Projectil das obere Ende des Tibiaknochens fracturirt. Pat. wanderte mit seiner Verletzung in vier verschiedene Hospitäler. In einem derselben acquirirte er Nosocomialgangrän in der Wunde, wodurch der obere Theil der Crista tibiae blosgelegt wurde. Hier fand sich bei der nachträglichen Aufnahme des Soldaten in's Militärhospital zu Madrid ein Erweichungsherd im Knochen, wo die Sonde leicht in das morsche Knochengewebe eindrang. — Die Eintrittsstelle der Kugel war an der Aussenseite der Tibia obwohl nicht geschlossen, so doch durch eine Hautnarbe überdeckt. Die Sonde drang auf rauhen Knochen. Die Eiterung fand aus 2 Fistelgängen in reichem Maasse statt und war von übler Beschaffenheit. Pat. war abgemagert und fieberte leicht.

Am 2. October wurde in der Chloroformnarkose eine Auskratzung sowohl der Markhöhle der Tibiadiaphyse als auch der Condylen der Tibia mittelst Hohlmeissel ausgeführt. Nach 14 Tagen war eine fast vollständige Abschwellung des Unterschenkels eingetreten, auch die Operationswunde nebst der Eintrittsstelle der Kugel waren bedeutend verkleinert; Pat. konnte sogar etwas auftreten. Doch ging er im weiteren Verlauf, nachdem die Wunden fast vernarbt waren, an profuser Albuminurie zu Grunde. Keine Section. **Ullersperger** (München).

Berichtigung:

S. 347, Z. 7 v. o. lies *Zeitschrift für Anatomie und Entwickelungsgeschichte* statt *Arch. für Anatomie*.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 24. **Sonnabend, den 12. Juni.** **1875.**

R. Volkmann. Beiträge zur Chirurgie, anschliessend an einen Bericht über die Thätigkeit der chirurgischen Universitätsklinik zu Halle, im Jahre 1873.

(XVI und 388 S. in 4⁰ mit 21 Holzschnitten und 14 Tafeln.)

Leipzig, **Breitkopf & Härtel.**

(Schluss; cf. Centralblatt No. 23, p. 353.)

Es folgen sehr instructive casuistische Beiträge über Luxationen, Distorsion der Gelenke (dérangement interne — letzteres bearbeitet von Dr. Schede) und Entzündungen der Knochen, namentlich über die Osteomyelitis acuta spontanea (siehe im Original). Nur bezüglich der letzteren sei angeführt, dass sie V. in Uebereinstimmung mit Lücke als eine Erkrankung auffasst, entstanden durch die Aufnahme irgend welcher deletärer Stoffe in's Blut, die entweder an der erkrankenden Stelle sich in besonderer Menge anhäufen, oder hier doch in besondere Wirksamkeit treten. Daneben wird auf eine gewisse Verwandtschaft der sie erzeugenden Schädlich-

keiten mit denjenigen hingewiesen, welche beim acuten Gelenkrheumatismus wirksam sind, da beiden Affectionen u. A. gemeinsam ist die Multiplicität der Localisationen und die Neigung zu complicirenden Entzündungen innerer Organe. —

Bemerkungen über Drainage des Kniegelenks.*)

Nach mehr als zweijährigen Erfahrungen kann die Garantie, welche das antiseptische Verfahren für den glücklichen Verlauf von frischen Gelenkwunden bietet, als eine absolute bezeichnet werden. Die Wunde heilt entweder per primam, oder doch mit überaus milder, auf die Gelenkkapsel beschränkter Eiterung und die Gelenkbewegungen bleiben erhalten.

Ebenso sicher sind auf diese Weise acute Gelenkvereiterungen zu beseitigen, falls man mit den Incisionen nicht gar zu lange zögert. Es werden die letzteren am besten zu beiden Seiten der Kniescheibe und in schwereren Fällen auch im Bereich der Bursa extensorum gemacht. Drains zwischen Patella und Condylen geführt, aber schon nach 3—4 Tagen entfernt; Ausspülungen nur ein oder mehrere Male vor Anwendung des antiseptischen Verbandes energisch vorzunehmen. Gewichtsbehandlung daneben erwünscht. — Es folgen fünf Krankengeschichten, in denen sich Kniegelenksvereiterung nach Fractur der Patella, des Fibulaköpfchens, nach Excision von Gelenkkörpern, nach Erysipelas und nach Caries fibulae bildete.

Weniger glücklich waren bisher die Bemühungen, chronische Fälle mit geschlossener Gelenkeiterung durch Incision, Drainage u. s. w. zu heilen, wenn auch hierbei das antiseptische Verfahren den Eingriff als solchen ganz ungefährlich erscheinen liess. —

Ueber die Reiskörperchen enthaltenden Hygrome und eine analoge Erkrankung der Gelenke sowie des Muskelfleisches.

Die Hygrome, welche 5 Mal in der Schleimscheide der Fingerflexoren, 1 Mal an der Strecksehne des rechten Mittelfingers sassen, wurden mit Doppelpunction, resp. Incision und Drainage behandelt, wobei das Drainagerohr als Ausbürstungsmaschine benutzt wurde, die der Wand ansitzenden Körperchen herauszureissen. Letztere stellten durchgängig geronnene Albuminate dar, in welche hinein bisweilen ein bindegewebiger Strang sich verfolgen liess, welcher jedenfalls nur selten aus einer Synovialzotte, relativ häufig aus Excrescenzen der Sehnenscheide, resp. Auffaserungen der Sehne seinen Ursprung nahm. Dieses Verhalten wurde zur Gewissheit durch zwei excidirte Sehnenfragmente, die vollständig aufgefasert und an den Enden ihrer Büschel zum Theil mit feinen albuminösen kolbigen Anhängen versehen waren. Nach alledem geht V. für die Mehrzahl der Fälle wenigstens auf die alte Anschauung Meckel's zurück, wonach ein

*) S. auch Schede, Ueber Gelenkdrainage, Langenbeck's Arch. XVII. p. 519. Centralblatt f. Chir. 1875. No. 10.

Theil der freien Körper Concremente sind, ein anderer aber, namentlich soweit es sich um gestielte Formen handelt, durch äussere Gerinnungsschichten vergrösserte und durch eingelagerte Albuminate aufgequollene Zotten, Bindegewebsfasern, Sehnenbündel und dergl. vorstellt.

Als Unica werden analoge Erkrankungen der Gelenke und des Muskelfleisches beschrieben — ein Fall sehr reichlicher freier Reiskörper im Kniegelenk und ein anderer, welcher eine albuminoide, resp. fibrinöse Infiltration der Kapseln verschiedener grosser Gelenke und eine gleiche mit der Bildung von Höhlen und grossen freien Körpern combinirte Erkrankung der Muskeln darstellt.

Osteotomie und Osteoclase.

Während der letzten 6 Jahre bot sich die Gelegenheit zur Osteoclase 50 Mal, während des Berichtjahres 14 Mal (7 rachitische Verbiegungen des Unterschenkels, 2 difforme Luxationen, 4 deform geheilte Knochenbrüche, eine absichtslos unter dem Troch. major hergestellte Fractur). Allemal wurde der intendirte Zweck ohne irgendwelche gefährliche Zufälle erreicht.

Die rachitischen Curvaturen waren nur 1 Mal hochgradig bogenförmig, 6 Mal prononcirt winkelig, ragten mit der Scheitelspitze nach aussen und sassen unmittelbar über dem Knöchelgelenk. Gerade diese letzteren erfordern wegen hochgradiger Functionsstörung die Osteoclase, welche nur — entgegen der augenblicklichen Meinung — in den allerseltensten Fällen hochgradiger Knochensclerose misslingt. Immerhin ist die Operation auf die stärksten Verbiegungen zu reserviren, da in milderen Fällen allein das weitere Knochenwachsthum zur Geradrichtung der Formen genügt.

Osteotomia subtrochanterica.*)

Nach einer sehr eingehenden Beleuchtung der Schwierigkeiten, welche veraltete Contracturen, namentlich sofern sie mit Flexion und Adduction verbunden sind, gerade am Hüftgelenk einerseits dem Brisement forcé, andererseits der Rhea Barton'schen Durchmeisselung des Schenkelhalses entgegensetzen, wird als eine einfachere Encheirese die Durchtrennung, bei Erwachsenen die keilförmige Excision des Oberschenkels dicht unter dem Trochanter empfohlen. Bei derselben ist es vollkommen gleichgültig, in welchem Zustande sich das Hüftgelenk befindet, während die Trennung sicher unterhalb sämmtlicher Reductionshindernisse erfolgt und die spätere Festigkeit der Verbindung zwischen Schenkel und Becken der breiten Knochenberührungsflächen wegen in keinem Falle gefährdet ist.

Die Beweglichkeit des Gliedes unmittelbar nach der Operation erscheint so beträchtlich, dass sich die Zurückführung in diejenige Stellung, welche es beim aufrechten Stehen einnahm, sehr leicht bewerkstelligen lässt. Dabei gleicht der Eingriff die durch die Flexionsstellung bedingte Lordose und die scheinbare der Adduction folgende

*) S. auch Centralblatt f. Chir. 1874. No. 1.

Verkürzung aus, während die wirklichen, auf Luxation, cariösen Defecten u. s. w. beruhenden Verkürzungen durch erzwungene Abductionsstellung des Schenkels und daraus resultirende Beckensenkung ausgeglichen werden.

Neun auf solche Weise ausgeführte Osteoclasen und Osteotomieen heilten unter Lister ohne Reaction, mit vollkommener Gebrauchsfähigkeit des Gliedes.

Ebenso befriedigend war der Erfolg in 2 schweren Fällen von Kniegelenksankylosen, wo in einem der Oberschenkel dicht oberhalb der Condylen durchmeisselt wurde, während man im anderen Falle sowohl den Femur, als auch die Tibia dicht unter der Tuberosität durchschlug. Damit wurde natürlich das Kniegelenk mobilisirt und leicht in die erwünschte Stellung gebracht. —

Gesichts- und Brustkrebse.*) Theer-, Paraffin- und Russkrebse.

Lippenkrebse. 20 Fälle; 17 bei Männern, 3 bei Frauen beobachtet, 19 Mal auf die Unterlippe beschränkt. 19 Pat., bei denen noch keine Infection der Lymphdrüsen bestand, operirt. Von 17 derselben das fernere Schicksal bis Decbr. 1874, resp. bis zum Tode verfolgt. 14 sind danach völlig geheilt geblieben und dauerte die Heilung zwischen $5^1/_2$ Jahr — 12 Monate. Die Ansicht, dass ein an Lippenkrebs Operirter, der nach 1—2 Jahren noch kein Recidiv hat, auf die Dauer geheilt bleibt, möchte auch nach diesen Erfahrungen, die denen von Billroth und Thiersch entsprechen, eine relativ berechtigte sein.

Krebse der Gesichtshaut. 27 Fälle; 16 Männer, 11 Frauen; 22 die flache Form, 4 die des ulc. rodens, 5 die tiefgreifende Form repräsentirend. 22 operirt; 14 von ihnen noch Anfang 1875 ohne Recidiv, welches zwischen 23 — 4 Monaten ausgeblieben war. Von den 5 übrigen leben 2 mit Recidiven, 1 starb am Recidiv, 2 an den Folgen der Operation.

Krebse der Gesichts- und Nasenschleimhaut. 9 Fälle; 4 Männer, 5 Frauen. Von 7 Operirten starb 1 an der Operation, 2 an Recidiven. Vier sind zwischen 24—14 Monaten gesund geblieben.

Brustkrebse. 33 Fälle (1 Mann). Davon im Ganzen 26, im Verlauf des Jahres 1873 22 operirt. Von diesen starben an der Operation 3, an Recidiven bis Anfang 1875 11. 2 leben mit Recidiven, 6 sind bisher gesund geblieben zwischen 16—21 Monaten. Bei 3 der letzteren Categorie kam die Ablatio mammae, bei den übrigen gleichzeitig die Ausräumung der Achselhöhle zur Anwendung.

Aetiologisch konnte die Entwicklung der Neubildung aus allerhand bald mehr acuten, bald mehr chronischen Reizungszuständen, die zuweilen im Zusammenhang mit der Gravidität, dem Wochenbett, der Lactation standen, nachgewiesen werden. —

---

*) Die Abschnitte über die Krankheiten des Gesichts und Abdomens sind von Dr. Schede bearbeitet.

Nach einer sehr klaren Darlegung des Unterschiedes in der Verbreitung der Carcinome und Sarcome, und der Charakterisirung der dem carcinös erkrankten Gebiete zunächst liegenden Lymphdrüsen als Filter, welche zunächst, ehe sie selbst in die Neubildung aufgegangen sind, die Generalisation der Carcinome geradezu hindern, folgt eine Darlegung der Schwierigkeiten, die Verbreitungswege der Brustkrebse genauer zu bestimmen. Wenn auch gewöhnlich die Achseldrüsen das nächste Gebiet der Secundärerkrankungen darstellen, so scheint bisweilen die relative Dünne der Brustwand die directe Propagation auf die Eingeweide des Thorax und des Abdomen zu gestatten. Schwer erklärbar ist weiter die discontinuirliche Ausbreitung entgegen der Saftströmung innerhalb der Lymphgefässe. Es kommen hier in Frage die active Beweglichkeit und Auswanderungsfähigkeit der Krebszellen, sowie die Möglichkeit, dass ein bis dahin stabiler Krebs mobil werden kann.

Die Verbreitung innerhalb der Lymphwege zu den Achseldrüsen hin anlangend, kommen offenbar Unregelmässigkeiten in der Lage und Ausdehnung der Wurzeln der Lymphgefässe und deren Quellgebiete in Betracht. Im allgemeinen fliessen wohl die Lymphgefässe von Sternum gegen die Achsel, während in der Mitte desselben ein neutraler Streifen bleibt. Doch schieben sich einzelne Ramificationen über die Mittellinie hinaus, während andere direct über die Clavicula in die Oberschlüsselbeingrube sich begeben.

Daneben pflegt die Lage und Begrenzung der Milchdrüse selbst weniger bestimmt zu sein, als man gewöhnlich annimmt, so dass ausnahmsweise Lappen weit über ihren Standort hinaus in Lymphbezirke hinein sich erstrecken, die unter gewöhnlichen Verhältnissen andere Wurzelgebiete haben. Alle solche Factoren lassen Propagation und Generalisation im Einzelfalle doch nicht mit Sicherheit berechnen.

Die grosse Mehrzahl aller Carcinomrecidive sind continuirliche, d. h. sie entwickeln sich deshalb, weil bei der Operation doch etwas zurückgelassen wurde. Infolge dessen treten die Recidive im Allgemeinen schnell ein; die Heilung darf erwartet werden, wenn nach der Operation ein volles Jahr verflossen ist, ohne dass man örtliche Recidive, Drüsentumoren u. s. w. nachweisen kann. Nach 2 Jahren ist man gewöhnlich, nach 3 Jahren fast ausnahmslos sicher (s. a. die Statistiken von Cooke und Benjamin).

Immerhin ist bis jetzt aber auch das Vorkommen nicht continuirlicher und auch später Recidive nicht abzuleugnen. Letztere könnten durch Keime, welche bei der Operation zurückgelassen wurden, und Jahre lang latent blieben, oder aber auch so bedingt werden, dass die epithelialen Elemente zunächst zu Erkrankungen durchaus gutartiger Natur disponiren, welche, noch nicht Krebs, doch zu späterer Entstehung desselben führen.

Sicherer als diese Verhältnisse ist die Behauptung, dass unsere gegenwärtigen operativen Resultate auch in Bezug auf das Ausbleiben der Recidive besser sich gestalten, als die der älteren Chirurgen.

Die Nothwendigkeit der Operation ist schon durch den Nachweis des Ausbleibens der Rückfälle in einer Quote von Fällen entschieden, zu ihren Gunsten scheinen auch statistische, allerdings noch unvollkommene Berechnungen zu sprechen, insofern sie ergeben, dass selbst in den Fällen, in denen der Eingriff Recidiven und Metastasen nicht vorbeugt, das Leben dennoch im Durchschnitt verlängert wird.

Technik und Nachbehandlung siehe im Original.

Theer-, Paraffin-, Russkrebs (Schornsteinfegerkrebs).

Infolge der in der Umgebung Halle's in den letzten 10 Jahren sehr emporgekommenen Production von Theer, Photogen etc. aus Braunkohle erkranken namentlich diejenigen Leute, welche längere Zeit hindurch mit den noch flüssigen Fabrikationsartikeln in Berührung kommen, am Hautkörper in der Weise, dass zunächst eine vermehrte Anbildung von Epidermis und eine gesteigerte Thätigkeit der Talgdrüsen Platz greift, wobei die Haut spröde, trocken und rissig wird.

Die gewucherten Epidermiszellen bilden dann sammt dem Hauttalg an einzelnen Stellen, namentlich am Scrotum, kleine Knötchen oder flache, rundliche, schmutzigbraune Schilder, unter denen die Cutis im Zustande chronischer Reizung freiliegt. Daneben am ganzen Körper, namentlich wieder am Scrotum, rothe, flache, oder acne-, resp. psoriasisartige Flecke, Papeln und Beulen.

Nach diesem ersten acuteren Stadium steigern sich dann, namentlich bei schmutzigen Leuten, diese hyperplastischen Processe bis zur Entwicklung multipler, warziger oder papillaerer Bildungen, aus denen in einzelnen Fällen wirkliche Hornkrebse sich entwickeln. Hauptsitz dieser Vegetationen sind der Vorderarm und das Scrotum.

An der Hand der Litteratur wird nachgewiesen, dass diese Erkrankung die gleiche ist, welche von den Engländern als Schornsteinfegerkrebs beschrieben wurde. Beide Beobachtungsreihen machen es höchst unwahrscheinlich, als ob es sich hier um zufällig am Scrotum von Kaminkehrern und Theerarbeitern entwickelte primäre Krebse (die ja sonst so überaus selten sind) handeln könne.

Die Prognose der Krankheit ist insofern eine günstige, als die etwa sich bildenden Geschwüre lange Zeit hindurch nur local zerstörend wirken, erst spät die Lymphdrüsen und noch später die Baucheingeweide befallen, und gelungene und rücksichtslos ausgeführte Excisionen nur höchstens Spätrecidive im Gefolge haben dürften.

Wilh. Koch (Berlin).

W. Busch. Zweite Fortsetzung der Mittheilungen über Schussversuche.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 2.)

B. hält gegenüber Küster und Wahl sowohl nach Berechnungen, als nach seinen Experimenten daran fest, dass die Bleitheile, welche der Chassepotkugel-Spitze und dem zunächst gelegenen Manteltheile angehören, beim Durchschlagen der Knochen bis zum Schmel-

sen erhitzt werden. Dass ferner der grosse Ausgangskrater nicht vorwiegend durch Knochensplitter, wie Heppner und Garfinkel wollen, sondern mehr noch durch die aussprühenden Bleifragmente bewirkt wird, dafür spricht die Beobachtung, dass von einer Kürassspange abgelenkte Bleifragmente die Weichtheile des Halses auf einer Seite von der Mittellinie bis zur Wirbelsäule vollständig zerrissen hatten. Die Rotation der Chassepotkugel — sie macht nach Richter, während sie den 0,55 M. langen Lauf passirt, eine Umdrehung — bewirkt, dass die von dem Zusammenhange der Kugel gelösten Bleitheile mit sehr grosser Gewalt die Gewebe treffen, und es wird das tangentiale Auseinanderfahren der Bleisplitter und der von ihnen in die gleiche Bewegung versetzten Gewebstheile wesentlich auf die Gestalt der Wunde einwirken. Ebenso schreibt B. gegen Richter auch der Rotation der unversehrten Kugel einen Theil der zerstörenden Wirkung zu.

In dem folgenden Theile (IV) werden Untersuchungen mitgetheilt, welche sich auf das Verhalten verschieden elastischer Körper gegen die modernen Gewehrprojectile beziehen. B. fand nun, dass die Erfahrungen über das Durchschlagen von Glasplatten durch Kugeln aus glatten Gewehren, welche Richter und Wahl auch für die modernen Gewehre acceptiren, für diese letzteren nicht stimmen. Die mit grosser lebendiger Kraft eine Glasplatte durchschlagende Chassepot- und Zündnadelkugel bewirkt im Glase einen unreineren Substanzverlust und theilt ihre Erschütterungen auf ein grösseres Gebiet der Glasscheibe mit, als die schwächere Revolverkugel oder gar der Zündspiegel. Melsens fand ebenso bei 2,5 grm. Pulverladung eine vollständige Zertrümmerung der Glasscheiben, bei 0,2 grm. ein Loch mit kurzen, beinahe geradlienigen Sprüngen in der Umgebung. Durch eine Reihe interessanter Versuche fand B., dass Projectile von geringer lebendiger Kraft Luft vor sich her durch ein geringes Hinderniss hindurchtreiben. Eine durch lose aufgehängtes Gummizeug durchschlagende Chassepotkugel bewirkt nun nicht das leiseste Schwanken desselben, so dass Verf. den Schluss machen muss, die vor der Kugel befindliche Luft durchschlage das Gummizeug wie ein fester Körper. Da sich die Luft beim Durchschlagen der Glasscheibe ebenso verhält, so blieben für die Erklärung des eigenthümlichen Verhaltens der Schussöffnung noch die Wärme der Kugel und ihre Rotation übrig. Da B. selbst an bereiften Glasscheiben eine nachweisbare Wärmeabgabe nicht fand, so bleibt allein die Rotation als Ursache der grösseren Splitterung zurück.

Maas (Breslau).

Kaposi (Wien). Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute 3. Lieferung.

Wien, Verlag v. W. Braumüller. 1875. (29 Tafeln.)

Das vorliegende Heft bildet den Schluss des Werkes. Es enthält die Capitel: pustulöses Syphilid und Knotensyphilid der Haut;

ferner die Schilderung der symptomatischen Syphiliserscheinungen der Schleimhaut (die acute und die chronische Angina syphilitica, Psoriasis linguae u. s. w.), endlich die Betrachtung der syphilitischen Haut und Schleimhauterkrankungen der Neugeborenen. Der Grundsatz, vom pathologisch-anatomischen Standpunct bei der Eintheilung der Erkrankungsformen auszugehen, ist, wie in den früher erschienenen Theilen, so auch hier festgehalten; Symptomatologie, Diagnose, Verlauf der Erkrankungsform ist ausführlich behandelt und namentlich jederzeit das Verhältniss zur syphilitischen Allgemeinerkrankung genauer Erörterung gewürdigt. Näher auf den Inhalt einzugehen, ist an dieser Stelle nicht möglich.

Die chromolithographischen Tafeln, von Heitzmann ausgeführt, enthalten zum Theil gute, zum Theil aber auch ganz mittelmässige, schablonenhaft gezeichnete und colorirte Abbildungen.

Winiwarter (Wien).

Cartaz. Du pansement ouaté.

(Progrès médical 1875. No. 5.)

Der Guérin'sche Watteverband ist von einer Commission der Académie des sciences einer Prüfung unterzogen worden. Gosselin theilt die Resultate der Académie mit. Die Vortheile des Verbandes bestehen darnach in Folgendem: 1) Das Wundfieber der ersten Tage fehlt oder ist nur in geringem Grade vorhanden. 2) Schlaf und Appetit bleiben gut. 3) Schmerz ist nicht vorhanden oder nur sehr mässig. 4) Wenn man (am 20. oder 22. Tage) den Verband entfernt, hat man eine gut aussehende Wunde vor sich, keinen üblen Geruch, wenig Eiter. 5) Wenn auch nicht constant, so ist wenigstens sehr häufig der Operirte ausser Gefahr an purulenter Infection zu sterben und wird geheilt. — Diese Vortheile werden bewirkt zum grossen Theil durch die Filtration der Luft, dann aber auch durch die gleichmässige elastische Compression und durch die Unbeweglichkeit des verwundeten Gliedes. — Der Verband hindert dagegen nicht, wie Guérin meint, das Auftreten von Bacterien.«

Ollier meint dazu, dass die Bacterien weniger Vitalität besitzen, als an einer offenen Wunde, ferner in geringerer Menge vorhanden seien; wenn Septhämie oder Pyohämie dennoch auftreten, dann verlaufen sie chronisch, so dass man Zeit habe, sie zu bekämpfen.

Verf.'s eigene Betrachtungen können wir übergehen.

Petersen (Kiel).

Werdnig. Ueber ein neuerfundenes Transportmittel für Verwundete im Gebirgskriege.

(Wiener med. Presse 1875. No. 12.)

Die Idee zur Herstellung dieses Transportstuhles stammt von Prof. Mundy. Der Stuhl hat eine hohe Rücklehne, die aus vierkantigen Vertical- und Querstangen in einfachster Weise hergestellt ist. Am

Sitzstücke befindet sich beiderseits je eine abnehmbare Stange für die Träger; an der Rücklehne sind 2 Angriffspuncte in Form von kuhhornförmigen Henkeln, ähnlich wie beim Tragbocke zum Holztragen, angebracht, damit der Stuhl mit dem darauf befindlichen Pat. eventuell von einem Manne allein getragen werden könne. An den Rücklehnestangen ist jederseits ein horizontal stellbarer Balken, an welchem der Arm des Verwundeten befestigt werden kann. An den vorderen Tragstangen des Sitztheiles ist unten beweglich das Fussbrett angebracht. Der Pat. wird mit Gurten am Stuhle befestigt; ein Schurz von Caoutchouc-Leinwand schützt ihn vor Regen etc. Der Stuhl ist 25 Pfd. schwer. Ein Gebirgsstock dient als Zugabe für den Träger.

Das nähere Detail siehe im Originalaufsatze.

Fr. Steiner (Wien).

M. Mackenzie. On the treatment of bronchocele.

(Birmingham medical review 1875. January.)

Verf. beobachtete in 7 Jahren (seit Januar 1868) 447 Fälle von Struma und zwar 104 parenchymatöse, 187 fibröse und 26 fibrocystische Kröpfe, 76 einfache Cysten, 2 Gefässstrumen, 23 Mal die colloide und 29 Mal die cirrhotische Form. — 81 Mal handelte es sich um gut situirte Personen, 366 Mal um Leute aus niederen Ständen.

Gegen die häufig spontan sich zurückbildende parenchymatöse Form (struma follicularis mollis Virchow's) wurde am vortheilhaftesten Jod in verschiedenen Applicationsweisen angewandt. Auch Electrolyse erwies sich nützlich. Die Resultate sind folgende:

	Summa der Fälle.	Heilung.	Besserung.	Kein Erfolg.	Erfolg unbekannt.
Jod innerlich	41	21	—	20*	—
Jod innerl. und Jodtinctur äusserlich	19	13	6	—	—
Jodtinctur äusserlich	11	5	2	—	4
Jod parenchymatös injicirt	9	9	—	—	—
Electrolyse	13	9	2	2**	—
Nicht näher bezeichnete Behandlungen	11	—	—	—	11
Total	104	57	10	20*	15

Die fibröse Struma beseitigte Verf. bis zum Jahre 1872 in etwa $^2/_3$ der Fälle rasch und sicher mittelst des Haarseiles. Seitdem benutzt er, aufmerksam gemacht durch Luton's und Lücke's Publicationen, mit besserem Erfolge und grösserer Bequemlichkeit für den Kranken die parenchymatöse Jodinjection (Jodtinctur 1 : 20, 3—5 Tropfen pro Sitzung). Ueble Zufälle wurden dabei nie beobachtet. In Fällen von »suffocative goître« wurde wegen der grösseren Schnelligkeit der Wirkung wieder zum Haarseil zurückgegriffen. Ferner kam, wenn wegen seitlicher Lage des Kropfes die Anwendung des Haar-

* Hier wurde zu einer anderen Behandlung geschritten, deren Art und Effect aus dem Original nicht ersichtlich.

** Statt dessen Jod parenchymatös mit Erfolg.

seiles gefährlich und gleichzeitig wegen enormer Grösse des Tumors die Jodinjection als zu langsam wirkend erschien, die »cautérisation en flèches« nach Maisonneuve zur Anwendung. In 34 Fällen von 187 wurde eine operative Behandlung nicht unternommen. In den restirenden 153 wurden folgende Resultate erzielt:

	Summa der Fälle.	Heilung.	Besserung.	Kein Erfolg.	Erfolg unbekannt.
Haarseil.	72	45	15	5	7
Aetzpfeil	5	2	3	—	—
Haarseil und Aetzpfeil	3	—	3	—	—
Jod parenchymatös injicirt	73	59	9	3	2
Total	153	106	30	8	9

Die Struma cystica behandelte Verf. ausschliesslich durch ein-, selten zweimalige Injection von wässeriger Eisenchloridlösung (4,0—8,0 je nach der Grösse der Cyste) und Liegenlassen der Kanüle bis die (durch Breiumschläge beförderte) Eiterung sich gemässigt. Durchschnittliche Dauer der Cur betrug 6—8 Wochen. Es unterlagen dieser Behandlung 59 Fälle mit 58 Heilungen und einem Todesfall (durch Lufteintritt in eine Vene).

Die Behandlung des fibrocystischen Kropfes bestand in sachgemässer Combination der beim fibrösen und beim Cystenkropf geübten Methoden. Von 23 behandelten Fällen wurden auf diese Weise geheilt 16, gebessert 4; in 2 Fällen blieb der Erfolg unbekannt; einer starb.

Krankengeschichten und zahlreiche vor und nach der Cur genommene photographische Portraits belegen die (nicht abgeschlossene) Mittheilung.

Rupprecht (Halle).

Störck. Abnorme Secretion der Balg- und Schleimdrüsen.

(Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien 1875. 9. April.)

Bei der einen Kranken waren die enorm hypertrophirten Tonsillen theilweise abgetragen worden. An den zurückgebliebenen Stümpfen beobachtete St. häufig recidivirende Entzündungserscheinungen, die sich auf den ganzen Rachenraum, den Kehlkopf und die Luftröhre weiter erstreckten. Bei Sonnenbeleuchtung sah St. an der hinteren, wulstförmig geschwellten rothen Wand der Luftröhre bis zur Bifurcation hinab, jedoch nur an der pars fibrosa, kleine, weisse, über 2 stecknadelkopfgrosse Pfröpfe, die aus den Schleimdrüsenmündungen perpendiculär herausragten. Die Schleimhaut sah wie mit milchweissen Pfröpfen gespickt aus.

In jüngster Zeit sah St. einen ähnlichen Fall an einem Collegen, der 3 Monate zuvor eine heftige Angina und Pharyngitis überstanden hatte. Seit jener Zeit hatte dieser Patient an der rechten Tonsille, so wie am ganzen Zungengrunde, aus allen Stomata der Balgdrüsen 1—2 Linien weit vorragende, weisse, käsige Pfröpfe, so dass Tonsille und Zungengrund weiss gesprenkelt aussahen. — St. bemerkt noch

hierzu, dass man bei oft wiederkehrenden Entzündungen die Schleimdrüschen in der Mucosa der beiden Arytenoïd-Ueberzüge bei Sonnenbeleuchtung mit freiem Auge als kleine, weisse Knötchen sehen könne.

Fr. Steiner (Wien).

L. Grossmann. Beiträge zur galvanocaustischen Behandlung bei Neubildungen und Fremdkörpern in den Ohrenhöhlen etc.

(Wiener med. Presse 1875. No. 11, 12, 14 u. 15.)

G. beschreibt mehrere Fälle (6—7) aus seiner Praxis, in denen er zu verschiedenen Zwecken die galvanocaustische Behandlung eingeleitet hatte. Das Resumé seiner Erfahrungen ist folgendes: Die Galvanocaustik ist gut zu verwerthen bei derben, hartfaserigen Polypen im Gehörgange, welche so rascher und schmerzloser entfernt werden, als mit Messer und Scheere oder Aetzung.

Die galvanocaustisch ausgeführte Trommelfellperforation hat gegenüber der Myringotomie und Myringectomie den Vorzug, dass man im Trommelfell eine beliebig grosse Oeffnung schaffen kann, ohne erheblichen Schmerz für den Pat.

Bei aufgequollenen Fremdkörpern im äusseren Gehörgange ist die Galvanocaustik (zur Zerstückelung desselben) von grossem Werthe, wenn die Extraction in anderer Weise unmöglich ist.

Ein weiterer Vortheil ist der, dass keine Blutung erfolgt, und die Reaction meist sehr gering ist. Die Schmerzempfindung, welche der glühende Draht verursacht, ist individuell verschieden, doch stets weit geringer, als jene bei Anwendung des Messers oder der Aetzmittel etc.

Die Eigenthümlichkeit der leichten Biegbarkeit der galvanocaustischen Instrumente ermöglicht es, an sonst kaum zugängliche Stellen zu gelangen. Auch braucht man nach der galvanocaustischen Abtragung eines Neugebildes kein Aetzmittel, da man mit dem Glühdraht touchiren kann.

Fr. Steiner (Wien).

A. Ludrik. Zur Casuistik und Behandlung der Selbstmordversuche durch Kehlkopfschnitt.

(Wiener med. Presse 1875. No. 13.)

Verf. zieht, theilweise mit Rücksicht auf 2 von ihm beobachtete einschlägige Fälle, welche er beschreibt, für obengenannte Verletzungen den Schluss, dass hierbei die Laryngotomie im Ligam. conic. durchaus empfehlenswerth sei. Die Kehlkopfwunde als Passage für die Luft zu gebrauchen, sei verwerflich, da hierdurch neue Schwellung, Glottisödem, Heilungsverzögerung der Wunde etc. zu Stande kommen. Verf. stellt sich als Regel auf: nie eine Kanüle in einer Wunde des Schildknorpels liegen zu lassen, und bei Querwunden des Larynx ausnahmslos die Eröffnung der Luftwege unterhalb des Schildknorpels zu machen.

Fr. Steiner (Wien).

E. Chardin. Des anévrysmes de l'artère pulmonaire, développés dans les cavernes du poumon.

Paris. 1874. Adrien Delahaye.

Nach Aufzählung einer Reihe von Fällen, in denen Phthisische an Lungenblutung zu Grunde gingen und bei denen die Section ein in einer Caverne liegendes geplatztes Aneurysma eines Zweiges der Pulmonalarterie ergab, spricht sich Verf. dahin aus, dass solche Aneurysmen wohl durch chronische Arteritis mit Erweichung der Gefässwände, welche dem Blutdruck nachgäben, entständen (entgegen Rokitansky und Rasmussen). Doch spiele der atheromatöse Process dabei keine Rolle. Die Blutung sei entweder sehr stark, oder wiederhole sich in geringerem Maasse öfters, wobei die eine Caverne ausstopfenden Blutgerinnsel temporären Stillstand herbeiführen.

Solche Aneurysmen können sich in allen Stadien der Phthisis bilden.

Die Diagnose kann nicht mit Sicherheit gestellt werden.

A. Bidder (Mannheim).

Weinlechner. Erweiterbarkeit der weiblichen Harnröhre.

(Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien 1875. 23. April.)

Die Dilatationsfähigkeit der weiblichen Harnröhre darzuthun, berichtet W. über 3 Fälle, wo er Blasensteine durch Erweiterung und blosse Extraction entfernte, ohne dass eine Beschwerde darnach zurückblieb. Weiter spricht für diese Erweiterbarkeit der Coitus per urethram, wovon W. 3 beobachtete; in einem dieser Fälle war atresia vaginae, in einem zweiten Defectus vaginae, im 3. Falle eine Strictura post partum vorhanden.

Zum Zweck der Untersuchung hält W. das Einführen des Fingers für besser als das Speculum (His's und Simon).

In einem Falle erweiterte W. die weibliche Urethra, um einen Fremdkörper, eine incrustirte Haarnadel, zu entfernen. Am 3. Tage hörte die Incontinenz auf. Ebenso bestand in einem 2. Falle von Dilatation der Urethra die Incontinenz nur durch einige Tage. — W. meint, dass Einrisse bei langsamer Erweiterung seltener sein werden.

Fr. Steiner (Wien).

Démarquay. Quelques réflexions sur le traitement des grosses hématocèles vaginales.

(Gaz. des hôpitaux 1875. No. 38.)

Während die Heilung kleiner, dünnwandiger Hämatocelen entweder — bei flüssigem Inhalt — durch einfache Punction und Jodinjection, oder — wenn das Blut geronnen — durch Incision und Drainage in der Regel ohne Schwierigkeit gelingt, erfordert die Beseitigung grosser, lange bestehender Hämatocelen weit eingreifendere Operationsverfahren.

Bei der blossen Incision wurde in diesen Fällen eine gewaltige, weit klaffende Wundhöhle dem Einfluss der Luft exponirt; die starrwandige Höhle würde, selbst im glücklichsten Falle, erst nach langer Eiterung schrumpfen und ausheilen, bis zu diesem Zeitpunct aber die Pat. allen Gefahren einer septischen Infection, weiter verbreiteter Entzündungen, Erysipele etc., ausgesetzt sein. Günstigere Heilungsbedingungen bieten die Castration und Decortication. Erstere ist am ungefährlichsten, kommt jedoch selbstverständlich nur in Betracht, wenn der Hoden nicht mehr functionsfähig ist, oder wenn man fürchtet, dass der Pat. eine längere Eiterung nicht überstehen würde. Bei der von Gosselin vorgeschlagenen »Decortication« werden die neugebildeten Schwarten mit dem Spatel oder den Fingern entfernt, der Hoden aber intact gelassen. Die Heilung erfolgt rascher als nach der blossen Incision, langsamer als nach der Castration. Die Gefahren septischer Infection etc. hat sie, wenn auch in geringerem Grade, mit der Incision gemein. D. hat 2 Todesfälle unter seinen Operirten. Die Castration führte er in einem ausführlich mitgetheilen Falle bei einem 48jähr. Pat. wegen einer fast kindskopfgrossen Hämatocele mit Glück aus.

Schädel (Berlin).

Koller. Bruchschnitt.

(Wiener med. Presse 1875. No. 9.)

Die beiden Brüder K. veröffentlichen neuerdings ihr (?) Verfahren bei eingeklemmten Leistenhernien, welches darin besteht, dass der Bruchsack freigelegt aber nicht eröffnet wird. Dann wird, mit dem Fingernagel zwischen Bruchsack und einklemmender Stelle vordringend, letztere wenigstens zollbreit (!) durchrissen. Die äussere Wunde wird dann vollständig vernäht. Von 10 seit 1867 so operirten Kranken, starben 3, geheilt wurden 7.

Fr. Steiner (Wien).

Collin. De l'inflammation de la bourse séreuse rétro-calcanéenne.

(Gaz. des hôpitaux 1875. No. 35.)

Der zwischen der Vorderfläche der Achillessehne und der hintern Seite des obern Theils des Calcaneus gelegne Schleimbeutel (bursa calcanea) wird in seltnen Fällen der Sitz einer Entzündung, welche sich bei dem innigen Zusammenhang der Bursa mit dem umgebenden lockern Fett-Zellgewebe leicht weiter verbreiten kann. C. beobachtete 2 solcher Fälle. Beide boten ziemlich dieselben Symptome dar: die Gegend der retro-malleolaren Gruben war stark geschwollen, die Haut geröthet, jeder Druck und jede Bewegung, bei welcher die Sehne gegen den Schleimbeutel angepresst wurde, schmerzhaft. Bei dem ersten Pat. ging die Entzündung in Eiterung über; der Abscess musste von beiden Seiten geöffnet und drainirt werden. Bei dem andern Pat. bildete sich die Entzündung zurück. — Als Ursache

wurde ein Fall nach einem starken Marsche und eine kleine Erosion an der Ferse, von welcher sich die Entzündung auf das subcutane Bindegewebe und secundär auf die Bursa fortgepflanzt hatte, angeführt.

Schädel (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

Heaton. A case of opium-poisoning successfully treated by Belladonna.

(Med. tim. and gaz. 1875. April 17. p. 413.)

Ein 28jähr. Mann hatte um 10 Uhr Abends 2 Unzen Tinct. opii genommen — ein sofort gereichtes Emeticum bewirkte 2—3 Mal Erbrechen. Um Mitternacht wird er halb bewusstlos in's Spital gebracht. Mittelst der Magenpumpe wird der Magen 2 Mal mit Wasser ausgespült. Bis zum Morgen zunehmende Bewusstlosigkeit mit stertorösem Athmen, doch war Pat. noch immer durch Anrufen momentan zu ermuntern. Zweimal $^1/_{60}$ Gran Atropin wird subcutan injicirt: die verengten Pupillen erweitern sich, der Puls wird voller, das Bewusstsein kehrt wieder. Im Ganzen wurden 5 Atropininjectionen à $^1/_{60}$ Gran gemacht, und giebt H. diesen wiederholten Dosen den Vorzug vor einer einmaligen grossen Gabe.

Ranke (Halle).

Cases of papilloma of the tongue.

(Med. tim. and gaz. 1875. April 17. p. 416.)

1) 21jähr. Mann, im University college hospital beobachtet, hatte seit 8 Jahren eine Geschwulst auf dem linken Zungenrücken, die jetzt etwa Mandelgrösse hat und pilzförmig aufsitzt; Excision. Heilung. Fall nicht weiter verfolgt.

2) Einer 50jähr. Frau wurde im Middlesex hospital ein seit 5 Monaten bemerktes reines Papillom vom Zungenrücken entfernt. Heilung.

3) In Guy's hospital wird einem 55jähr., früher syphilitischen Manne eine $^5/_4$'' lange, $^3/_4$'' breite ulcerirte Geschwulst der Zunge galvanocaustisch entfernt, das Recidiv nach 5 Wochen mit dem Glüheisen zerstört. 9 Tage später schliesst die Beobachtung. Die Untersuchung ergab ein Epitheliom. **Ranke** (Halle).

Verneuil. Polype nasopharyngien.

(Séance de la Soc. de Chir. 1874. 9 Decbr.)

V. stellt einen Pat. vor, der einen Nasenrachenpolypen, anscheinend einen erectilen Tumor, hatte, welchen V. mit dem Cauter. actuale zerstörte. Die Keilbeinsinus sind offen; der Stiel des Tumors sass an der unteren Fläche dieses Knochens. **Fr. Steiner** (Wien).

C. Lederer. Durchbruch der Cornea.

(Wiener med. Presse 1875. No. 14.)

Einem Manne flog beim Holzhacken ein Splitter in's rechte Auge. Irisvorfall, der abgetragen wurde. Atropin und Einreibung von Unguent. ciner. cum Opio in die Stirn. Heilung ohne vordere Synechie; die Iris zog sich ganz zurück. Vordere Kammer bald wieder hergestellt. Die rechte Pupille jetzt 3 Mal grösser als die linke. Ausser etwas Lichtscheu keine nennenswerthe Sehstörung.

Fr. Steiner (Wien).

S. Brown. Siebenjähriges Verweilen von 28 Steinchen in beiden äusseren Gehörgängen. Entfernung. Heilung.

(Arch. für Augen- und Ohrenheilkunde 1874. Bd. III. Abthlg. II.)

Bei dem 16jähr. sonst gesunden Pat. war das Hörvermögen so geschwächt, dass er die eigene Stimme nicht hören konnte und infolge dessen die Sprache zu verlieren begann. Bis zum 9. Jahre Hörfähigkeit gut; Verlust derselben, nachdem Pat. während des Spielens beide Gehörgänge mit Kieselsteinen angefüllt hatte. Die im vorderen Theile des Gehörganges liegenden Steinchen wurden von der Mutter des Kindes damals entfernt, während die tiefer liegenden ungestört 7 Jahre lang liegen blieben. B. entfernte in mehreren Sitzungen mittelst Sonde und Spritze die

Fremdkörper. Beide Trommelfelle waren unverletzt, ohne Narben, liessen aber die Eindrücke der Ecken und Kanten der Kiesel bemerken. Trommelfelle von marmorirtem Aussehen, gedehnt und schlaff (besonders rechts). Schliesslich Trommelfell links normal, rechts Manubrium schwach sichtbar, proc. brevis angedeutet. Beiderseits membr. tymp. zum Theil grauweiss getrübt. Hörfähigkeit beträchtlich gebessert (l. Uhr 11″, r. U. 6 Zoll — Stimme 32′). **Tillmanns** (Leipzig).

E. Rochelt. Schulterhalsbruch. — Querbruch der Scapula. — Bruch des Acromion.

(Wiener med. Presse 1875. No. 10 u. 11.)

Der schwächliche, marastische, 72jähr. Pat. ist Tags vor der Aufnahme in's Spital, mit der linken Schulter auf eine hölzerne, massive Rinne aufgefallen. Be der Untersuchung zeigte sich eine Fractur des Collum scapulae. Reposition. Dreieckiges Kissen. Mitella.

An der hinteren Fläche des Schulterblattes starke Schwellung und Schmerzempfindung; keine Crepitation, auch am Acromion nicht. Nur prominirte der proc. coracoid. auf der kranken Seite weniger, als an der gesunden, und schien nach aussen unten gerückt zu sein. Zu Ende der 4. Woche starb Pat. an rechtsseitiger Pleuritis und Emphysem. — Bei der Section fand sich eine fractur. colli scapulae, ein Querbruch der Scapula und ein Bruch des Acromion. Verf. citirt die einschlägigen derartigen Fälle aus der Litteratur, und beschreibt das Präparat genauer, wo ähnlich wie in anderen Fällen, die Gelenkfläche, der proc. coracoid., die tubercula supra- und infraglen. nebst einem schmalen Streifen des oberen Scapularandes, abgebrochen waren. Ferner zeigte sich eine geringe Verschiebung des Bruchstückes nach abwärts und eine kleine Rotation um eine zur Körperachse parallel gedachte Linie, so dass der proc. corac. mehr horizontal zu liegen kam und weniger prominirte.

Verf. hebt die grosse Aehnlichkeit der Symptome obiger Verletzung mit denen der Luxation des Humerus nach unten innen hervor. Zur Differentialdiagnose empfiehlt er, die Entfernung des proc. coracoid. vom Acromion, vom Schildknorpel und dem Rande des Sternums, zu messen. Freilich gelte dies nur für jene Fälle, wo der proc. corac. mit abgebrochen sei. Als Therapie für die Scapulahalsbrüche empfiehlt er: warme Bäder, active und passive Bewegung des Humerus, anstatt erfolgloser Repositionsversuche. **Fr. Steiner** (Wien).

Perier. Hernie étranglée réduite par la taxis pendant l'inversion du sujet.

(Séance de la Société de Chir. 1874. 11. Nov.)

Bei einer schon oft reponirten, auf's Neue incarcerirten Leisten-Scrotalhernie versuchte Gosselin erfolglos die Taxis. Im Spital — 46 Stunden nach dem Eintritt der Incarcerationssymptome — gelang es P. während der Inversion die Hälfte der Geschwulst, bestehend aus Bruchwasser, in's Abdomen zurückzudrängen. Die Reduction der Darmpartie wurde in horizontaler Lage des Pat. beendet. **Fr. Steiner** (Wien).

De la Chataigneray. De l'inversion dans la réduction des hernies.

(Journal de thérapeutique 1875. No. 2. p. 64.)

Nach einer kurzen historischen Bemerkung über die Inversion des Körpers zur Reduction eingeklemmter Hernien, wonach diese Methode auf Fabricius ab Aquapendente zurückzuführen ist, referirt de la Ch. über einen von ihm nach genannter Methode mit Erfolg behandelten Fall einer eingeklemmten Leistenhernie. Nach einigen vergeblichen Versuchen der manuellen Taxis wurde der Kranke mit Hülfe von Kissen derartig gelagert. dass das Becken höher stand als das Abdomen. Sofort liessen die Schmerzen nach und nach einer Stunde war die Reposition spontan erfolgt. **Volkmann** (Halle).

Hernie inguinale étranglée — Reduction spontanée.

(Gaz. des hôpitaux 1875. No. 33.)

Grosse linkseitige Leistenhernie, seit 8 Tagen eingeklemmt. Seit 7 Tagen besteht Ileus. Als am Morgen nach der Aufnahme des Pat. die Operation aus-

geführt werden sollte, zeigte es sich, dass der Bruch im Laufe der Nacht spontan zurückgegangen war. **Schädel** (Berlin).

Barrow (Kings college hospital, Fergusson). Case of calculus due to foreign body in the bladder.

(Med. tim. and gaz. 1875. April 17. p. 416.)

Ein 23jähr. Dienstmädchen hatte 2 Monate vor der Aufnahme in's Hospital eine Haarnadel durch die Urethra in die Blase geführt. Seit dieser Zeit Harnbeschwerden. Incision in die linke Seite der Urethra (nichts Näheres angegeben), bis der Finger eingeführt werden konnte; Extraction der Nadel mit einer Sequesterzange, der Phosphatsteinfragmente mit einer Steinzange. Rasche Heilung.

Ranke (Halle).

Anger. Réunion des sections tendineuses traumatiques anciennes.

(Gaz. des hôpitaux 1875. No. 19.)

Eine alte nach Verletzung der Extensorensehne entstandene Contractur des kleinen Fingers beseitigte A. durch Isolirung der beiden Sehnenstümpfe von dem fest adhärenten Narbengewebe und Anlegung einer Silbersutur.

Obgleich beim Knoten der Sutur die retrahirten Sehnenenden nur bis auf 2 Cm. einander genähert werden konnten, war das Endresultat doch ein sehr befriedigendes, da der Zusammenhang der Sehne durch neugebildetes Narbengewebe wieder hergestellt war. **Schädel** (Berlin).

E. Rochelt. Ueber die Naht getrennter Sehnen.

(Wiener med. Presse 1874. No. 27.)

Verf. durchschnitt an Kaninchen die Achillessehne und nähte die beiden Enden mittelst eines Catgutfadens zusammen. Auch die Hautwunde wurde durch Catgutfäden geschlossen und die Extremität auf einer Pappschiene fixirt. 20 Tage nach der Operation war die Gebrauchsfähigkeit des Gliedes eine vollständige. 40 Tage nach der Operation konnten an dem getödteten Thiere weder die Catgutfäden noch irgend eine Differenz zwischen der durchschnittenen und der gesunden Sehne aufgefunden werden. **Winiwarter** (Wien.)

Fredet. Luxation partielle médio-tarsienne.

(Séance de la Société de Chir. 1874. 9. Decbr.)

An einem 60jähr. Individuum, das durch einen Sturz 8 Meter hoch herab, sich die Wirbelsäule gebrochen hatte, fand sich eine partielle Metatarsalluxation am linken Fusse. Der vordere Theil des Fusses war einwärts geneigt und im Niveau der Metatarsusgegend bildete der Kopf des Astragalus einen Vorsprung unter der Haut. Das Kahnbein hatte sich an die innere Seite des Astragalus gestellt; das Würfelbein blieb in der normalen Lage. F. bemerkt, das vorliegende Object diene zur Aufklärung eines unsicheren Punctes in der Pathologie dieser Luxation. Sonst würde man gesagt haben, der Astragalus habe seine Höhlung verlassen, während das Kahnbein eigentlich von seiner Stelle gerückt ist. Die Hauptkennzeichen der Luxation sind: der vorspringende Astragaluskopf am Fussrücken; der Vorsprung des Kahnbeines nach innen; Schwinden des inneren Fussrandes und Abflachung der Fusssohle.

Desprès hat auch einen Fall von dieser Luxation der Gesellschaft präsentirt. In demselben waren die Strecksehnen zwischen die Gelenkflächen gelagert, das Kahnbein vollständig auf den Kopf des Astragalus luxirt.

Fr. Steiner (Wien).

Berichtigung:

S. 340, Z. 6 v. u. lies Ewers'schen statt Ewens'schen. — S. 346, Z. 7 v. u. lies Labbé statt Lablé.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 25. **Sonnabend, den 19. Juni.** **1875.**

E. Klebs. Die Regeneration des Plattenepithels.

(Arch. für experim. Pathologie und Pharmakologie Bd. III. Hft. 2. p. 125.)

Wir glauben dem Inhalt obiger für die neuere Untersuchungsmethodik der pathologischen Anatomie höchst bemerkenswerthen Arbeit am besten in Kürze gerecht zu werden, wenn wir einfach des Verf.'s eigene Schlussresultate citiren. Es ergiebt sich hiernach für die Regeneration der Plattenepithelien Folgendes:

1) »Dieselbe wird ausschliesslich durch ein Auswachsen der Epithelien und zwar derjenigen der tiefsten Schicht bewirkt.«

2) »Entweder geschieht dieses in der Weise, dass die einzelnen Zellen dieser Schicht contractil werden, sich schliesslich loslösen und epitheliale Wanderzellen darstellen, die sich wieder zu Netzen aneinander legen können; oder das Auswachsen findet gleichmässig an allen Zellen des Epithelrandes (in der tiefsten Schicht desselben) statt

und entsteht hierdurch ein gleichmässiges Randwachsthum des Epithels, welches nur scheinbar durch den Erguss eines homogenen Plasma gebildet wird, vielmehr durch die Entwicklung gesonderter und ebenfalls contractiler Protoplasmacylinder bewirkt wird, welche ebenfalls aus den Zellen des Epithelrandes herverwachsen.«

3) »Diese letzteren zerfallen durch Furchung (ähnlich wie die Eizelle) in polygonale kernhaltige Platten, welche, der Contractilität entbehrend, die neugebildeten fixen Epithelzellen darstellen.«

4) »Die Kerne der an der Regeneration betheiligten Epithelzellen zerfallen in der bekannten Weise zu Theilkernen und, indem sie die Nucleoli verlieren, zu hellen Kugeln oder Blasen werden, während neue Kerne in dem contractilen Plasma entstehen, ähnlich wie in den Furchungskugeln von Anodonten-Eiern (Flemming), durch Auseinanderweichen und strahlige Anordnung die Protoplasmakörner um ein sich aufhellendes, ellipsoides Centrum.«

5) »Die Kernkörperchen werden ausserhalb dieser hellen Ellipsoide gebildet und treten in dieselben ein, verändern zuerst ihren Ort (contractile Nucleoli? Auerbach) und fixiren sich dann in den beiden Centren des Ellipsoids, oder auch in der Mitte zwischen beiden (Kerne mit einem oder mit zwei Kernkörperchen).«

6) »Eine hyperplastische, pathologische Entwicklung der Kerne geschieht durch Apposition heller Kugeln, die ausserhalb der Kerne entstehen, dann mit denselben verschmelzen (randständige helle Kugeln); eben dahin zu rechnen ist auch die Bildung grösserer Körnerhaufen an Stelle der Kernkörperchen durch Apposition glänzender Körner. Auch diese Formen können wieder unter Bildung von Blasen und Theilkernen untergehen.«

7) »Bei der Bildung definitiver, fixer Epithelzellen wandeln sich die Kerne unter Bildung einer Membran in mucinhaltige Blasen um, welche wohl noch eine nutritive Function haben mögen; für Proliferations- und Regenerations-Vorgänge aber ohne Bedeutung sind.«

8) »Die Bildung neuer Kerne in dem contractilen epithelialen Plasma geht vor oder während der Furchung oder auch in den durch die Furchung abgesonderten Stücken vor sich und beginnt auch hier mit der Bildung heller Kugeln.«

K. fügt weiterhin hinzu:

»Indem wir keinen Grund haben, den Satz von der »legitimen Succession der Zellen« zu bestreiten, acceptiren wir nicht die Meinung derjenigen, welche jedes Partikelchen Protoplasma mit allen Eigenschaften ausstatten wollen, welche zur Erzeugung von Geweben nothwendig sind (Beale's living matter). Vielmehr glauben wir annehmen zu dürfen, dass nur solche, durch Abfurchung getrennte Stücke des Plasma hierzu geeignet sind, welche die Fähigkeit der Kernbildung besitzen. Diese aber werden auch schon vor der Kernbildung den Namen der Zelle in obigem Sinne verdienen.«

Verf. ist überzeugt, dass obige Ergebnisse besonders bedeutungsvoll für die Lehre von dem Cancroid und Carcinom werden dürften.

Die Anordnung der Versuche und die entsprechenden Vorrichtungen beschreibt K. gleich zu Anfang seiner Mittheilungen und verspricht in dankenswerther Weise die genauere Beschreibung der technischen Einrichtungen in extenso in einem der nächsten Hefte seines Archivs. **Lesser** (Berlin).

S. Tchertneisky-Barischewsky. **Zur Frage über die Heilung der Wunden des Darmes nach der Enteroraphie.**

Inaug.-Diss. St. Petersburg. 1875, russisch.

Verf. stellte Untersuchungen mit Hunden an, indem er quere und Längswunden an Därmen anlegte und cylindrische Stücke von 3—35 Cm. Länge aus dem Darm ausschnitt. Hierauf legte er eine sutura nodosa an, vorzüglich die Knoten auf der Seite der Schleimhaut anbringend. Der Zweck bestand in der Beobachtung des Ganges der Heilung dieser Wunden. Dazu wurden die operirten Hunde zu verschiedenen Zeiten getödtet, nach 1, 2, 4, 7, 10, 14, 21 Tagen und nach 1, 2, 3 bis 6 Monaten, und die Därme einer mikroskopischen Untersuchung unterworfen. Ausserdem wurden an allen Hunden bei Lebzeiten Temperaturmessungen angestellt und eine passende Diät vorgeschrieben. Die Zahl der operirten Hunde war 35.

Auf Grund dieser Untersuchungen kam Verf. zu folgenden Resultaten:

1) Von 35 operirten Hunden gingen 6 zu Grunde.

2) Der Tod der Hunde trat gewöhnlich am 4. oder 5. Tage ein und fiel in die Zeit des Durchschneidens der meisten Nahtösen, da ungefähr die Hälfte der Knoten in der Zeit vom 3.—5. Tage abfällt. Die nachbleibenden Knoten aber fallen immer langsamer und langsamer ab, so dass die letzten Knoten erst nach 3 Wochen sich lösen.

3) Die Periode der stärksten örtlichen entzündlichen Reaction fällt auch in die ersten 4—5 Tage.

4) Die Ränder der Schleimhaut wulsteten sich dermassen nach aussen, dass sie stark der Vereinigung der Wundflächen entgegenwirkten (vorzüglich bei Querwunden).

5) Beim Zusammenwachsen ist das fibrinöse die Ränder der Wunde zusammenklebende Exsudat von grosser Wichtigkeit. An seiner Stelle beginnt schon von den ersten Tagen an junges Bindegewebe sich zu bilden, welches mit der Zeit in eine feste Narbe übergeht. Ausserdem trägt zum dauerhaften Zusammenhalten der Wundränder das Ankleben des grossen Netzes in der Region der zusammengenähten Wunde bei. Das angewachsene Netz macht sich gewöhnlich mit der Zeit (etwa nach 6 Monaten) los, durch Schwinden der verlöthenden Gewebsmassen.

6) Auf der Seite der Mucosa stellt die zusammengenähte Wunde eine eiternde Fläche von der Gestalt eines schmalen Bändchens dar. Die völlige Ueberkleidung mit Epithel tritt erst ungefähr am 14. Tage ein.

7) Die späteren Veränderungen bestehen in der Verdichtung der Narbe, wodurch die früheren Ränder der Wunde sich immer mehr und mehr nähern. Das Muskelgewebe durchwächst die Narbe (nach $2^1/_2$—3 Monaten), aber nur in Gestalt unregelmässig verlaufender Fasern.

8) Es ist am besten, die einzelnen Oesen der Nähte nicht weiter als etwa in der Entfernung von 3 Mm. von einander anzulegen und dabei die Knoten auf der Seite der Schleimhaut zu machen. Von den 6 gestorbenen Hunden crepirte nur einer mit auf diese Weise angebrachten Nähten. Die anderen 5 aber starben bei Nähten, deren Oesen in grösserer Entfernung von einander angebracht waren, oder bei Nähten, deren Knoten auf der Seite der Serosa lagen.

9) Da beim Ausschneiden ganzer Stücke aus dem Darme man auch keilförmige Mesenteriumstücke ausschneiden musste, so wurden zum Zusammenbringen der Ränder des letzteren auch Nähte aufgelegt, welche ebenfalls eine Einkapselung erfuhren.

10) Der Temperaturmessung wurden 17 Hunde unterworfen. Gleich nach der Operation fiel die Temperatur beinahe um 1,5° C. und stieg dann nach einigen Stunden allmälig mit Morgenremissionen bis zum Abend des 3. Tages, wo sie im Mittel 39,5° C. erreichte. Vom Morgen des 4. Tages begann die Temperatur von Neuem etwas zu fallen, und vom 6. Tage an wurde sie normal (38,1° C.). Bei Todesfällen stieg die Temperatur noch am 4. Tage bis 40° C. und der Tod trat dann meist am 4. Tage selbst oder am nächstfolgenden Tage bei gleich hoher Temperatur ein. **Pawloff** (St. Petersburg).

L. Ranvier. Recherches sur les éléments du sang.

(Arch. de physiologie 1875. p. 1—15.)

Mit Hülfe sehr verdünnten Weingeistes, den R. als Reagens benutzte, gelang es ihm, in den rothen Blutkörperchen der Amphibien Kernkörperchen zu erkennen. Ebenso wies er nach, dass die Umhüllung der rothen Blutkörperchen von einer weichen und überaus biegsamen Substanz gebildet wird, da sie von körperlichen Elementen durchsetzt wird und sich hinter diesen wieder so schliesst, dass durchaus kein Zeichen auf den stattgefundenen Durchtritt deutet. Beim Axolotl, dessen Zellenprotoplasma so durchsichtig und wenig lichtbrechend ist, dass die Kerne darin sichtbar sind, als wären es freie Kerne, sah R. in der feuchten Kammer eine Theilung der Kerne der weissen Blutzellen sich unter seinen Augen vollziehen. Der Axolotl besitzt ausserordentlich grosse weisse Blutkörperchen; die grössten fein granulirten haben im Mittel einen Durchmesser von 25 Mikromillimeter im ruhenden Zustande, bei amöboider Bewegung und ausgestreckten Fortsätzen erreichen sie bis zu 50 und ihre Kerne zuweilen bis zu 30 Mikromillimeter Länge, während beim Frosch die entsprechenden Werthe nur $^1/_4$ bis $^1/_3$ der eben angeführten ausmachen. Die Formen, welche R. die Zellen bis zur erfolgten Theilung der Kerne

und des Protoplasma hinter einander annehmen sah, sind durch eine Reihe von Abbildungen dargestellt. Zunächst sieht man das Protoplasma Fortsätze ausstrecken, der Kern nimmt eine bizarre Form an, es entsteht an ihm eine Einschnürung, die Einschnürung und Furchung der Kerne vervielfacht sich und schliesslich kommt eine vollständige Kerntheilung zu Stande. Während so die Kerne schon von einander getrennt sind, bildet das Protoplasma zwischen ihnen noch einen unregelmässigen Streifen, endlich theilt sich auch dieser und zwar geht dann die Spaltung so glatt und schnell vor sich, als wäre sie durch eine scharfe Schneide erfolgt. R. meint, dass das Protoplasma das eigentlich Active sei, während die Kerntheilung so zu sagen nur passiv unter dem Einfluss der Bewegung des Zellenleibes zu Stande kommen soll. **J. Munk** (Strassburg i/E.).

S. Stricker. Untersuchungen über den Eiterungsprocess.

(Wiener Medicinische Jahrbücher Jahrg. 1874.)

Nach einer eingehenden Discussion über die angewandte Untersuchungsmethode, über den Unterschied der Gold- und Silberfärbung, erklärt Verf. zunächst einige Silberbilder der Cornea, welche der Nachbarschaft entzündeter, resp. eiternder Stellen entnommen sind. St. betont die Verschiedenheit der Bilder beim Frosch je nach der Tiefe der Schicht. Die Gewebsschichten, welche man mit der Descemet'schen Haut abzieht, zeichnen sich durch das Aussehen der verästeten Hornhautkörper aus. In der nächsten Lamelle ist das Bild ein anderes; die hier auftretenden granulirten verästigten Körper sind weniger plastisch. Hervorzuheben ist, dass man durch Silber ganz analoge verästete und granulirte Hornhautkörper darstellen kann, wie durch Gold. — Besonders schön treten die Hornhautkörperchen hervor, wenn man die normalen Corneae halbausgewachsener Katzen in situ mit Silber färbt; die gelungenen Stellen zeigen auf dunklem Grunde ein helles, nach längerer Lichteinwirkung fein granulirtes Netz von reichster Verzweigung. In entzündeten Corneen dagegen finden sich Stellen, um welche die Bilder noch normal oder fast normal sind; dann — gegen das Centrum einer solchen Stelle — werden die Balken des Netzes granulirt, dann durch braune Streifen in anfangs grössere Abschnitte zerlegt. Die Balken schwellen an, die Grundsubstanz wird spärlicher, die Theilung macht Fortschritte. Die Theilstücke werden immer kleiner; endlich fehlt die Grundsubstanz ganz, aus dem Cornealgewebe ist ein aus Zellen bestehender Knoten geworden. Dass diese ungleich grossen Theilstücke Zellen sind und dass das Erscheinen der braunen Linien Theilung bedeutet, geht daraus hervor, dass das Balkenwerk wächst, an Masse zunimmt, und granulirte kernhaltige Massen ablöst. Neben den kernhaltigen Theilstücken kommen auch kernlose vor.

So bildet sich also bei der Keratitis ein Knoten, das Gewebe zerfällt, es ist ein Abscess vorhanden und die Formelemente des Eiters sind zer-

fallenes zertheiltes Gewebe, histologische Beobachtungen, welche nach Verf. mit den klinischen Erfahrungen harmoniren. Einerseits liegt in der Knotenbildung der Schwerpunct der Keratitis traumatica, andererseits kommt — auf Grund zahlreichster histologischer Beobachtungen — ohne Knotenbildung in dem erwähnten Sinne keine Abscessbildung zu Stande. Nicht jede Knotenbildung ist als bestimmtes Zeichen des folgenden Gewebszerfalles anzusehen.

Rings um den Aetzschorf beobachtet man eine Zone, in welcher durch die Silberfärbung kein Netzwerk zur Anschauung kommt. Die Grundsubstanz erscheint gleichmässig dunkel mit unverzweigten hellen Feldern oder Inseln, welche isolirte Formelemente darstellen. Ausserhalb des Schorfes hat nämlich der Aetzstift das Gewebe nicht abgetödtet, hier theilen sich vielmehr die Hornhautkörper und bilden isolirte Elemente. Ob ausser diesen isolirten, aus Hornhautzellen stammenden Formelementen noch andere vorkommen, welche von aussen in die Cornea eingewandert sind, ist nach Str. für die centrale Keratitis eine ganz nebensächliche Frage. Bis jetzt ist nach Verf. noch nicht der Beweis geführt, dass eine Einwanderung stattfinde und noch weniger, dass die Einwanderer farblose Blutkörperchen sind. Auch für gefässhaltige Gewebe ist die Theorie, nach welcher die Auswanderung farbloser Blutkörperchen zu Stande komme, einerseits noch nicht erwiesen, andererseits stehe dieselbe in Widerspruch zu den Erfahrungen am Krankenbett und an der Leiche.

Den Uebergang von verästeten Hornhautkörperchen in Eiterzellen sah St. sehr schön an der Fischcornea, welche an gewissen Stellen isolirte, verästete pigmentirte Körper besitzt. Letztere waren im Eiterknoten untergegangen und hatten pigmentirte »Eiterkörper« geliefert, die stellenweise noch strangförmig zusammenhingen.

Zum Schlusse theilt Verf. seine Ansichten über den Bau der Hornhautzellen mit. St. hält daran fest, dass die Hornhautkörper, resp. ihre Ausläufer ein Netz bilden. Dafür spricht die vergleichende Histologie, die Genese und die krankhaften Zustände. Ob es selbstständige Formelemente in der Cornea giebt, ob die Maschen des Netzwerkes immer gleich gross sind (bei verschiedenen Thieren), wie sie sich ferner zur Grundsubstanz verhalten, lässt Verf. unentschieden. Auch über die Bedeutung der Saftkanälchen enthält sich Verf. jeden Urtheils. Es ist möglich, dass sie stets von Protoplasma erfüllt sind, oder stellenweise dauernd oder vorübergehend kein Protoplasma enthalten und nur Ernährungssäfte leiten.

Tillmanns (Leipzig).

Rabuteau. De l'action du fer sur la nutrition.

(Comptes rendus T. 80. S. 1169—70.)

R. hat an sich selbst Versuche über den Einfluss des Eisens auf den Stoffwechsel angestellt. Jede Versuchsreihe erstreckt sich über 15 Tage, während welcher R. bei durchaus gleicher Ernährung und Lebensweise verharrte. Es wurden an den ersten 5 Tagen die täg-

lichen Ausscheidungen genau festgestellt, vom 6. bis zum 10. Tage dann 2 Gran (0,12) Eisenchlorür pro die genommen und weiter die Beobachtung fortgesetzt und in den letzten 5 Tagen die Versuchsreihe mit Aussetzung des Eisens geschlossen. Es zeigte sich, dass die Menge des Harns ziemlich dieselbe blieb, dagegen der Säuregrad desselben durch das Eisen erheblich zunahm. Diese Thatsache vermag die Anwendung von Eisenpräparaten bei dem aus ausgeschiedenen Phosphaten bestehenden Harngries und der Oxalurie zu rechtfertigen und die günstigen Erfolge, die man zuweilen davon sieht, in's richtige Licht zu stellen. Die Menge der festen Bestandtheile und ebenso des Harnstoffs nimmt unter Eisengebrauch um etwa 10 % zu; es wird also durch das Eisenchlorür, selbst in mässigen Dosen, der Stoffwechsel nicht unbeträchtlich angeregt. R. erwähnt, dass schon vor ihm Pourowski unter dem Einfluss des Eisens eine Temperaturerhöhung gefunden hat, die auf die gesteigerte Oxydation, wofür die Harnstoffzunahme spricht, zu beziehen wäre.

J. Munk (Strassburg i/E.).

Kocher. Ueber die Sprengwirkung der modernen Kleingewehrgeschosse.

(Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte 1875. No. 1, 2, 3.)

Auf Grund zahlreicher Schussversuche auf Cadaver, sowie auf Körper von verschiedener Resistenz kommt K. zur Ansicht, dass die von Busch angenommene Centrifugalkraft der rotirenden Kugel nur wenig Bedeutung habe.

Die grossen trichterförmigen Defecte, welche in den Muskeln von den Geschossen gezogener Gewehre erzeugt werden, können nach Verf., wenn die Kugel nur Weichtheile traf, auch nicht durch das Abschmelzen derselben erklärt werden; es bleibt nur anzunehmen, dass sie durch den plötzlich wirkenden hydrostatischen Druck, durch die plötzliche Verdrängung incompressibler Flüssigkeiten in den Weichtheilen ihren Einfluss geltend mache. Dem hydrostatischen Druck sind auch die ausgedehnte Sprengung von Schädel und Diaphysen in der Hauptsache zuzuschreiben wegen des unmöglichen Ausweichens des Mark- resp. des Gehirninhaltes.

Die Abschmelzung von Blei kann nach K. nur bei Knochenschüssen in's Gewicht fallen.

Aus diesen Sätzen lassen sich folgende Consequenzen ziehen:

1) Um die Abschmelzung der Geschosse zu verhüten, sollen Metalle mit möglichst hohem Schmelzpunct gewählt werden (z. B. Kupfer oder Eisen). Alle Legirungen von Blei mit Metallen von noch niedrigerem Schmelzpunct sind zu vermeiden.

2) Um den hydrostatischen Druck möglichst gering ausfallen zu lassen, wäre das Volumen der Geschosse auf ein Minimum zu reduciren.

Girard (Strassburg i/E.).

H. B. Sands. Esmarch's bloodless method.

(New York med. Journal 1875. Bd. XXI. p. 1.)

S. giebt eine erschöpfende Darstellung der Anwendungsweise, des Nutzens und der möglichen Nachtheile des Esmarch'schen blutlosen Operationsverfahrens. Aus einer Zusammenstellung von zahlreichen Fällen in der Hospital- und Privatpraxis New-Yorker Aerzte gewinnt S. Material für eingehende Beurtheilung.

Acht Mal wurde partielle Gangrän der Hautlappen bei 7 primären Amputationen und einer Resection, zehn Mal nach secundären Amputationen beobachtet. Ausser in einem Fall (Resection der Carpalknochen) war ein Zusammenhang zwischen Gangrän und allzu starkem Druck der elastischen Binde höchst unwahrscheinlich. 4 Nachblutungen werden verzeichnet als jedenfalls unabhängig vom Operationsverfahren. Ein Mal trat Lähmung des Vorderarms und der Hand nach Nekrotomie am Humerus auf. Dieselbe wurde durch Electricität etc. im Laufe von 2 Monaten fast vollständig geheilt. Nach Nekrotomie der Scapula folgten ein Mal 2 Wochen lang dauernde neuralgische Beschwerden. **Madelung** (Bonn).

L. Mayer. Ueber Lister's Wundbehandlung.

(Aerztl. Intelligenzblatt 1875. No. 17. p. 167.)

In einem Vortrage über die Lister'sche Methode der Wundbehandlung bestreitet Verf. zunächst die Richtigkeit der derselben zu Grunde liegenden Theorie über die Ursachen der septischen Processe, indem er die »Pilzfabel« einer sehr abfälligen Kritik unterzieht und den nicht ausbleibenden »Pilzkrach« prophezeit. Als Beweis gegen die Lister'sche Theorie werden namentlich die Erfolge der offenen Wundbehandlung angeführt. Nach den Anschauungen des Verf.'s, welche übrigens nicht mit Ergebnissen eigener Untersuchungen belegt werden, sind die »Pilze« immer nur accidentelle Erscheinungen, für deren Wucherung schlechte Wundverhältnisse ein besonders günstiges »Mistbeet« (! Ref.) bieten; ihre Wirkung ist immer nur eine mechanische, sofern sie im Falle massenhafter Wucherung als localer Entzündungsreiz wirken können. Die septischen Stoffe werden für rein chemische Körper erklärt, die Ursache der Sepsis in den »malignen Gewebsverhältnissen des Individuum« gesucht.

In Betreff der Wirksamkeit der Lister'schen Verbandmethode bestreitet Verf. den derselben zugeschriebenen unfehlbaren Schutz gegen accidentelle Wundkrankheiten und führt als Belege zwei von ihm nach dieser Methode ausgeführte Operationen, eine Ovariotomie und eine Fussgelenksresection an, bei denen Jauchung mit tödtlichem Ausgange eintrat. Der Hauptvorzug der Lister'schen Methode liegt nach seiner Ansicht in der mit derselben verbundenen grossen Reinlichkeit, der geringen Reizung der Wunde und der hierdurch verminderten Eiterung. Um zu einem definitiven Urtheile über den Werth der Methode zu gelangen, werden Controlversuche in der Rich-

tung verlangt, »ob mit einfachem Mull ohne Antisepticum, aber ganz nach Lister's Intention (! Ref.) verbunden, nicht ebenso gute Resultate erzielt werden, ob anderes antiseptisches Verbandmaterial, besonders in vereinfachter Form angewandt, nicht dasselbe leistet«.

P. Bruns (Tübingen).

---

van Blaeren. De l'emploi du plomb laminé en chirurgie.

(Archives médicales belges 1875. Hft. 4. p. 251—269.)

B. wendet nach dem Vorgange von Burggraeve Bleifolie von der Dicke guten Schreibpapiers zum Verbande von Wunden an und rühmt an dieser Methode im Allgemeinen die günstigen Wirkungen der Wundocclusion oder des Ausschlusses atmosphärischer Noxen, nämlich Verhinderung von Entzündung und Wundfieber, Beschränkung der Eiterung und Herabsetzung der Gefahr accidenteller Wundkrankheiten. Weitere Vorzüge sind Einfachheit und Sauberkeit des Verbandes, seltener vorzunehmender Wechsel desselben und vor Allem die Möglichkeit, die Wunde zu irrigiren, ohne sie zu entblössen, also unter Vermeidung des directen Einflusses der Irrigationsflüssigkeit auf die verletzten Gewebe. Toxische Wirkungen des Bleies sind nicht zu befürchten; dagegen bildet sich in der Umgebung der Wunde häufig ein lästiges Eczem, besonders in den späteren Stadien der Wundheilung.

Arn. Hiller (Berlin).

T. Lauder-Brunton & J. Fayrer. On the nature and physiological action of the poison of naja tripudians and other indian venenous snakes.

(Proceedings of the royal society of London 1874. Vol. XXII.)

Die Vff. haben ausgedehnte chemische und experimentelle Untersuchungen über die Natur und Wirkung des erwähnten Schlangengiftes angestellt. Die Wirkung des untersuchten Giftes gleicht im Wesentlichen der von Curare. (Die Details siehe im Original.)

Künstliche Respiration, Transfusion, häufiges Ausspülen des Magens, Anwendungen diuretischer und sialogoger Mittel etc. werden als therapeutische Mittel empfohlen und zwar die Transfusion auf Grund der Thatsache, dass auch ganz besonders das Blut vergifteter Thiere inficirt ist und anderen Thieren beigebracht giftig wirkt. Aber weder mit den genannten Heilmitteln, noch mit subcutanen Injectionen von Ammoniak ist es den Vff. gelungen, bei ihren Experimenten lebensrettende Erfolge zu erzielen.

Tillmanns (Leipzig).

E. Odebrecht. Aus der gynäkologischen Klinik des Prof. Hegar in Freiburg i. B. Beitrag zur Lehre vom intraabdominellen Druck.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 14.)

Um Bedingungen aufzuklären, unter denen bei gewöhnlicher Rückenlage Aspiration nach Hohlorganen des Unterleibes erfolgt, theilt

Verf. zwei einschlägige Beobachtungsfälle mit. Im ersten findet sich eine vom allgemeinen intraabdominellen Drucke verschiedene, oder wie Verf. sagt, »separate Druckprovinz« in der Blase. Eine Wöchnerin, bei welcher schon vor der Geburt ein Tumor neben dem Uterus constatirt wurde, bekam angeblich durch Zerfall der Geschwulst eine Peritonitis; die Folge waren Verwachsungen der Blasenwand mit umgebenden Partieen. Narbiger Zug, durch Druck des Fingers oder eines Manometerrohres im Rectum oder in der Scheidenwand eventuell verstärkt, bewirkte beim Versuch, zu kathetrisiren, nicht nur Retention des Harns, sondern auch zischendes Einströmen von Luft. Nach der Genesung, schon während der Reconvalescenz, schwand das Phänomen und es stellte sich schwaches Pressen ein, unter dem der Urin durch den Katheter entleert wurde. Bei spontanem Uriniren drückte schliesslich die Bauchpresse den Urin aus. Ein zweites Mal wurde Aspiration von Luft durch den Katheter in die Blase bemerkt, als einer Person, bei welcher man Hydro-Pyonephrose diagnosticirt hatte, und wo Urin zur Untersuchung abgenommen werden sollte. Eigenthümliche Configuration der concaven, gespannten Bauchdecken geben hier dem Verf. Anhalt zur mechanischen Erklärung. Zugleich ist zu erwähnen, dass diese Patientin, wiewohl nicht immer, so doch fast exclusive Thoraxinspirationen ausführte, und dass hierbei Aspiration von Luft in die Blase erfolgte.

v. Mosengeil (Bonn).

Cazenave. Sur des bougies et des sondes en ivoire flexible.

(Bulletin de l'académie de médecine 1875. No. 11.)

Biegsame Elfenbeinsonden stellt sich C. seit dem Jahre 1838 dadurch her, dass er Elfenbeinstäbchen von entsprechender Form in verdünnte Salzsäure legt und sie dadurch ihrer Kalksalze beraubt. Die zurückbleibende Masse, eine Art Elfenbeingelatine, ist weich und biegsam, lässt sich jedoch auch in trockenem und hartem Zustande aufbewahren. Solche Sonden sind auch dauerhaft, und kann ihre Haltbarkeit durch Zumischung leicht adstringirender und conservirender Stoffe bei der Präparation bedeutend erhöht werden. Auf Grund langjähriger vergleichender Erfahrungen giebt ihnen C. den Vorzug vor den Wachs-, Darmsaiten- und Gummi-Bougies.

Arn. Hiller (Berlin).

Ed. Lawrie. Phimosis and Circumcision.

(The Ind. Med. Gazette 1875. Vol. X. No. 1. p. 13.)

Wiederholte Beobachtungen haben L. zur Ueberzeugung geführt, dass die Phimose der Kinder in den seltensten Fällen eine angeborene sei; sie entstehe vielmehr durch adhäsive Entzündungen der Präputialschleimhaut und der Glans penis infolge der Unterlassung der Retraction der Vorhaut und gehöriger Reinigung der betreffenden Theile. Es sind L. öfters Kinder, bei denen er sich bei der Geburt von der

Retractionsfähigkeit der Vorhaut überzeugt hatte, nach 6 Monaten wegen Phimose gebracht worden. Die örtlichen entzündlichen Erscheinungen wurden von den Pflegerinnen übersehen. Zuweilen fand er bei Kindern, die ihm wegen Unruhe und nächtlichen Weinens gebracht wurden, weiter keine Affection als die genannten entzündlichen Erscheinungen der Vorhaut. Bei weitem Orificium der Vorhaut empfiehlt Verf. in solchen Fällen von Phimose die Vorhaut gewaltsam oder auch mit Hülfe von Scheerenschnitten von der Glans abzuziehen. Bei enger Präputialöffnung empfiehlt er die Circumcision und zwar soll das ganze hypertrophische Präputium entfernt werden, weil die zurückbleibenden Theile zu hypertrophiren geneigt sind.

A. Burger (London).

G. Chailloux. Quelques considérations sur les fractures du larynx consécutives à la strangulation et la pendaison.

(Thèse. Paris, 1874.)

Ch. behandelt vom chirurgisch-forensischen Standpuncte aus die seltenen Fälle von Larynx-Fracturen, welche durch Erwürgen und Erhängen bewirkt werden, bringt jedoch nur Bekanntes ohne wesentlich neue Gesichtspunkte. Die zu Grunde gelegte Casuistik ist bereits in dem Werke von Gurlt über Knochenbrüche vollständiger enthalten, mit Ausnahme einiger neuerer Fälle, welche jedoch nicht Eigenthum des Verf.'s, sondern fremden, an anderen Orten bereits publicirten Beobachtungen entlehnt sind. **P. Bruns** (Tübingen).

Villaret. Eine Gummiaderpresse.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1875. Hft. 3.)

V. empfiehlt für den Feldgebrauch, namentlich für Krankenträger auf dem Schlachtfelde, folgenden höchst einfachen Ersatz des bisher gebräuchlichen Knebeltourniquets durch die Esmarch'sche Constriction: man nimmt ein 3 Cm. breites und $^1/_2$ Meter langes Stück eines dünnen, aber festen Gummischlauchs; dasselbe wird dicht oberhalb der blutenden Stelle um die Extremität geschlungen und unter leichter Dehnung durch einmaliges Knoten befestigt. Das Verfahren setzt so wenig anatomische Kenntnisse voraus, dass es auch von dem Unerfahrensten geübt werden kann. Dabei erfordert die Anlegung viel weniger Zeit, als das Feldtourniquet, auch ist der Verschluss des Gefässes an jeder Stelle der Extremität ein vollkommen sicherer, während beim Tourniquet, besonders auf dem Transport, die Pelotte sich leicht verschiebt oder das Band sich lockert. Grösste Einfachheit, Schnelligkeit und Sicherheit der Blutstillung sind namentlich für manche Eventualitäten des Krieges, wie Nachtgefechte, Winterkälte, Blutung aus grossen Gefässen u. s. f. unschätzbare Vorzüge.

Arn. Hiller (Berlin).

Czuberka. Chirurgisch-medicinisches Vademecum.

Wien, C. Fromme's Verlag 1875. 16. 525 S.

Das Büchlein ist für den selbstständig handelnden, auf sich allein beschränkten Arzt bestimmt und giebt in conciser Form über die Untersuchungsmethoden der einzelnen Körpertheile, über Sphygmographie, Mikroskopie, Laryngo- und Rhinoskopie, die Technik des Katheterismus, der Zahnextraction und die einfachsten chirurgischen, oculistischen und gynäkologischen Technicismen, namentlich auch solche, welche gewöhnlich auf den Universitäten nicht Gegenstand besonderer Unterweisung sind, wie das Schröpfen, die Application von Blutegeln, die subcutane Injection, die Anlegung des Katheters beim Weibe u. s. w., höchst praktische und nützliche Belehrung.

Arn. Hiller (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

H. Maas. Ueber das Anheilen gänzlich getrennter Körpertheile auf frischen Wundflächen.

(Deutsche Klinik 1875. No. 2. p. 9.)

Verf. beobachtete 2 Fälle von Wiederanheilung gänzlich abgeschlagener Stücke der Nase bei Gelegenheit von Schlägermensuren. In dem ersten Falle war der freie Rand des Nasenflügels und ein Theil der Nasenspitze etwa in der Grösse eines Zweigroschenstückes abgeschlagen worden; das Stück wurde sofort angenäht und heilte mit theilweiser Abstossung der Epidermis vollständig an. Im zweiten Falle war ein Stück aus der Dicke des Nasenrückens herausgeschlagen und konnte erst nach einiger Zeit (wie lange? Ref.) wieder angenäht werden; dasselbe heilte gleichfalls nach Abstossung der Epidermis vollständig an. Die Nachbehandlung bestand in beiden Fällen in einfacher Bedeckung mit Oelläppchen und Watte und Ausstopfen eines oder beider Nasenlöcher mit Wattetampons.

P. Bruns (Tübingen).

A. Schmitz. Die Carbolsäure in ihrer klinischen Verwerthung.

Inaug.-Diss. Bonn. 24. März 1875.

Verf. giebt in seiner fleissigen Arbeit zuerst historische Notizen über Entdeckung, chemische Darstellungsmethoden der Carbolsäure, physikalische und physiologische Eigenschaften derselben. Es ist dann compilatorisch gesammelt, was über Experimentelles, äusserliche und innerliche therapeutische Verwendung zu sagen ist. Eigene Versuche oder Beobachtungen liegen nicht vor.

v. Mosengeil (Bonn).

Scheibler. Manègebewegungen. K. k. Gesellschaft der Aerzte, 8. Jan. 1875.

(Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 3.)

Sch. demonstrirt Manègebewegungen eines Hundes nach Embolie der Art. carotis int. Körner von Mohn etc. wurden als Embolie benutzt. Meynert deutet die Manègebewegung durch Störung im Muskelsinn infolge von Empfindungsanomalieen bedingt, wofür der Umstand spricht, dass die Thiere nach einiger Zeit von selbst wieder geradlinige Bewegungen ausführen lernen.

v. Mosengeil (Bonn).

B. Anger. Pseudarthrose. — Résection, pénétration des fragments.

(Revue de thérapeutique médic.-chirurg. 1875. No. 7.)

Ausgehend von der Erfahrung, dass Fracturen mit Einkeilung immer am besten consolidiren, räth A. in den Fällen, in denen die übrigen Mittel gegen die Pseudarthrose sich als erfolglos erwiesen haben, einen ähnlichen Zustand nachzuahmen, indem man von dem unteren Fragmentende einen kleinen Keil abpräparirt und diesen in die Markhöhle des oberen Fragments eintreibt. Abgesehen von der unvermeidlichen Verkürzung, ist die Operation, wie er gesteht, ziemlich eingreifend und involvirt eine Reihe ernster Gefahren. (Ob A. sie überhaupt schon ausgeführt, ist aus der Mittheilung nicht ersichtlich.) **Arn. Hiller** (Berlin).

L. Berthold. Rechtsseitige Luxation des 6. Halswirbels.

(Aerztl. Intelligenzblatt 1875. No. 14. p. 135.)

Verf. beobachtete den sehr seltenen Fall einer durch reine Muskelaction bedingten rechtsseitigen Halswirbelluxation bei einem 19jähr. Menschen, welcher sich dieselbe beim Waschen seines Nackens im Momente einer raschen Wendung des Kopfes nach der linken Seite zugezogen hatte. Die Reposition gelang eine Stunde nach der Verletzung ohne Narkose bei aufrechter Stellung des Patienten durch Extension und Rotation des Kopfes. Die Extension wurde in der Weise ausgeführt, dass der Operateur, auf einem Stuhle stehend, mit beiden Händen den Kopf am Hinterhaupte und Kinn in die Höhe hob, so dass die Contraextension durch das Körpergewicht bewirkt wurde. **P. Bruns** (Tübingen).

Warren. Scalpirung durch Maschinenverletzung.

(The Boston med. and surg. Journal 1875. No. 7. p. 203.)

Der Fall bietet nur Interesse wegen der Ausdehnung der Verletzung. Die herunterhängenden Haare eines jungen Mädchens wurden plötzlich von einer Maschinen-Walze erfasst und nun die ganze Kopfhaut von der protub. occipit. ext. an einschliesslich der Stirnhaut, der oberen Augenlider und ein Theil der rechten Wange abgeschält; geringe Blutung; möglichste Adaptirung der Theile und Vereinigung derselben. Innerhalb 3 Wochen geht der grösste Theil gangränös zu Grunde; frühzeitige Transplantation auf der eiternden (!) Wunde ist erfolglos; spätere Transplantation hat Erfolg; nach 2 Jahren ist die Wundfläche erst um $^1/_3$ verkleinert. **Pils** (Stettin).

Jacobs. Érysipèle de la face suivi de l'érysipèle du pharynx. — Endocardite.

(La Presse méd. belge 1875. No. 16.)

Ein 21jähr. Mädchen wurde von einem mässig heftigen Gesichtserysipel befallen. Bei der Aufnahme in's Hospital wurden gleichzeitig Zeichen von Endocarditis des linken Herzens constatirt. Beide Affectionen waren am 5. Krankheitstage, nach einem reichlichen Aderlass und Darreichung von Calomel, in der Rückbildung begriffen, als am Abend neuer Frost, Schlingbeschwerden, Trockenheit im Halse und lebhafte Röthung des ganzen Pharynx, der Mandeln und des weichen Gaumens erfolgten, verbunden mit mässiger Anschwellung dieser Theile. Nach weiteren 5 Tagen war vollkommene Reconvalescenz eingetreten.

Auch diese Endocarditis erklärt sich nach Verf. ebenso, wie dieselbe Complication bei anderen acuten Infectionskrankheiten, aus der durch die Allgemeininfection bedingten veränderten Blutmischung (und der mechanischen Friction der Theile bei der Herzaction. Die Schliessungslinien der Klappen! Ref.). Aehnliche Beobachtungen von einem Uebergreifen des Hauterysipels auf Schleimhäute und auch umgekehrt sind nach J. seit 1864 (Discussion hierüber in der Société médic. des médecins des hôpitaux de Paris) mehrfach gemacht worden.

Arn. Hiller (Berlin).

Talko. Cysticercus cell. subconjunctivalis.

(Medycyna 1875. No. 17, polnisch.)

Nach einem kurzen Ueberblicke der in Europa überhaupt und in Polen und Russland insbesondere beobachteten Fälle schildert T. den von ihm operirten und zwar bei einer 13jähr. Jüdin, die seit 3 Wochen zwar nicht über Schmerzen, aber doch über ein Gefühl eines fremden Körpers im Auge klagte. Die Cyste war von der Grösse eines Kleinfingernagels und in der inneren Hälfte der unteren Conjunctivalfalte gelegen. Operation vermittelst eines horizontalen Schnittes, wobei eine gelbliche Gallerte und ein weisses Bläschen entleert wird. — Mikroskopische Untersuchung des Bläschens weist charakteristische Häkchen und Saugnäpfe nach. Heilung nach 4 Tagen ohne Reaction. **Obaliński** (Krakau).

Wissniewski. Bericht über die in den Jahren 1870—1874 auf der chirurg. Abtheilung des St. Lazarusspitals gemachten Amputationen.

(Przegląd lekarski 1875. No. 10, 12, 13. polnisch.)

Auf die Gesammtsumme von 2569 Kranken kommen 45 Amputationen (57:1). — Die Sterblichkeit betrug: Vorderarm 25% — Oberarm 25% — Unterschenkel 38,8% — Oberschenkel 44,4% — überhaupt 37,7%. — Das mittlere Alter der geheilten Fälle betrug 30 Jahre — der Verstorbenen 42 Jahre. — Die Behandlungsweise war in allen Fällen vermittelst in Carbolsäurelösung getauchter Charpie und Watte. Die Schnitte meist Lappenschnitte — Seidenligatur und Metallsutur. Die mittlere Heilungsdauer betrug am Vorderarme 24 Tage; Oberarm 29 Tage; Unterschenkel 31 Tage — Oberschenkel 78 Tage. **Obaliński** (Krakau).

G. Buck. Cicatrical contractions from burns involving the face and hand.

New-York, John F. Thow and son, 1874.

Ein 16 Monate altes Kind erlitt eine ausgedehnte Hautverbrennung durch Petroleum. 4 Jahr 7 Monate alt kam es in B.'s Behandlung. Die Haut der linken Schädelhälfte und Schläfe, der Wange und Nase war in Narbenmasse umgewandelt. Es bestand ein ausserordentlich starkes Ectropium der äusseren Hälfte des linken oberen Augenlides. Das untere Augenlid war durch die Narbencontraction nach unten gezogen, ebenso der linke Mundwinkel nach oben. Die Haut des ganzen linken Vorderarms und der Hand war gleichfalls Narbe. Die Finger der Hand waren durch die starke Contraction der Dorsalhaut bis zum äussersten Grad hyperextendirt, besonders Daumen und Zeigefinger, bis zur Luxation im Metacarpophalangealgelenk nach hinten. Sechs Operantionssitzungen im Laufe eines vollen Jahres waren nöthig, um diese Fehler zu verbessern. Dies gelang, wie die beigegebenen Abbildungen zeigen, in befriedigendem Grade, die Beseitigung des Ectropium bedurfte dreier, die der Verstellung des Mundwinkels einer, die der Fingerverkrümmung dreier Operationen. Aus den ausführlich mitgetheilten Operationsberichten sei hier nur erwähnt, dass B. noch gegenwärtig seine »Silberdraht-Zapfennaht« benutzt und deren Vortheile darlegt. **Madelung** (Bonn).

v. Langenbeck. Ueber Handgelenkresectionen. Berl. med. Gesellschaft, 10. Jan. 1875.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 14.)

v. L. demonstrirt zwei Fälle von Handgelenkresection: Bei einem Patienten sind unter Anwendung des Dorso-Radialschnittes alle Karpalknochen, zwei Metakarpalknochen und die unteren Gelenkflächen der Vorderarmknochen entfernt. Resultat befriedigend. Ein ganz vortreffliches Resultat kam bei Entfernung aller Karpalknochen, mit Ausnahme des os multangul. maj. und pisiforme, sowie der Gelenkflächen von Ulna und Radius heraus. Bei beiden Fällen lag eine tuberkulöse Synovitis vor, und empfiehlt v. L. für derartige Erkrankungen die Frühresection. **v. Mosengeil** (Bonn).

Grochowski. Eine Exarticulatio brachii mit gutem Erfolg.

(Gazeta lekarska Bd. XVII. No. 25, polnisch.)

Bei einem 32jähr. Knecht wurde die obere linke Extremität infolge einer complicirten Doppelfractur des Oberarmbeines nach der Larrey'schen Methode (en raquette) exarticulirt. Nach 5 Wochen ging Patient herum; die Wunde heilte vollständig nach 4 Monaten. **Obaliński** (Krakau).

G. F. Markonet. Ueber Ovariotomie.

(Verhandlungen der Chirurgischen Gesellschaft zu Moskau 1875. 1. Theil. p. 78.)

M. beschreibt einen ungünstig verlaufenen Fall von Ovariotomie, welcher von ihm 1871 an einer 46 Jahre alten Frau, Mutter von 5 Kindern, ausgeführt wurde. Das Leiden derselben entwickelte sich in 2 Jahren als biloculäre Cyste ohne Adhäsionen, anhaftend mit kurzem, dickem Stiel an der hinteren Fläche des rechten breiten Mutterbandes. Der Stiel wurde mit 3 Ligaturen abgebunden. Während des Abtrennens der Cyste vom Stiele glitt eine Ligatur ab; es entstand eine heftige arterielle Blutung, die ein abermaliges Hervorziehen des Stiels und eine neue Unterbindung des blutenden Gefässes erforderte. Tod am 6. Tage an Septikämie infolge von Ansammlung blutig-eitriger Producte in den unteren Bauchfellfalten. In ähnlichen Fällen erwartet Verf. in Zukunft viel von der Drainage des Douglas'schen Raumes. **W. Grube** (Charkow).

A. Menzel (Triest). Zwei Ovariotomieen.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 47.)

I. Polycyste des linken Ovariums. Totaler Vorfall der Gebärmutter. Vollkommene Heilung durch Ovariotomie.

Im linken Hypogastrium einer 23jähr. Patientin lassen sich mehrere Cysten und ein härtlicher Tumor bemerken. Der Uterus seit einem Jahre prolabirt. Operation, wobei die grösseren Cysten punctirt wurden. Der Stiel wird in 2 Portionen unterbunden. Im Ganzen 6 Massenligaturen (Seide). Sie werden in die Bauchhöhle versenkt. Bauchwunde völlig vereinigt, der prolabirte Uterus, nicht künstlich reponirt, zog sich nach 4 Tagen völlig zurück; wahrscheinlich durch Tractionen der mit dem Uterus verklebten Därme. Eine schmerzhaft harte Stelle im linken Hypogastrium bildete sich langsam zurück; ebenso hörten allmälig die öfter vorkommenden kolikartigen Attaquen auf.

II. Polycyste des rechten Ovariums. Ovariotomie, grosser Abdominalabscess. Drainage. Symptome von Pyämie. Heilung.

Bei einer 48jähr. Multipara war seit 3 Jahren unter zeitweiligen heftigen Schmerzen der Unterleib geschwollen. Starke Alteration des Allgemeinbefindens zwang zur Operation. Bei derselben platzte während des Lösens von Adhäsionen eine apfelgrosse Geschwulst und entleerte sich zum Theil in das Cavum abdominis. Der lange, dicke Stiel wurde mit der dicksten Seide in 3 Portionen unterbunden. Diese und andere Massenligaturen wurden in die Bauchhöhle versenkt. Die auch hier völlig vereinigte Bauchwunde musste im unteren Winkel geöffnet werden, da sich eine Eiterung einstellte. Etwa 5 Mal täglich Irrigation der Bauchhöhle mit 1%. Carbollösung, Schüttelfröste mit Fieber von 40° folgten. Schliesslich trat auch hier Heilung ein. **v. Mosengeil** (Bonn).

Englisch. Verengerungen des Ureters.

(Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 3.)

E. demonstrirt an zahlreichen Präparaten vielfache Verengerungen des Ureters in fötalen und extrauterinen Lebensphasen. Dabei ist die Muscularis verdickt, während die Adventitia glatt darüber wegzieht. Der geschlängelte Verlauf des Ureters zeigt sich bei Neugeborenen fast immer. Die angeborenen Verengerungen halten Nierensteine auf und liefern die mechanische Erklärung für Genese der Hydronephrose ab. **v. Mosengeil** (Bonn).

Ch. Steele. Hydrocele in der Bauchhöhle, verursacht durch Leistenhoden.

(The Lancet 1875. Vol. 1. p. 233.)

Folgende, immerhin nicht häufige Beobachtung von Hydrocele, welche einen Leistenhoden complicirte, wurde im Königl. Spitale zu Bristol gemacht. Ein 28j. Mann, welcher viel gehen musste, bekam vor 6 Jahren plötzlich heftige Schmerzen im linken noch nicht heruntergetretenen Hoden; es bildete sich in der linken Leiste eine allmälig an Grösse zunehmende Geschwulst, die nicht nur das Gefühl von Schwere und Schmerzen hervorrief, sondern jetzt auch das Gehen ganz unmöglich machte. Der Tumor von 8" Länge und Breite war von dem äusseren, schiefen Bauchmuskel bedeckt, die übrige Bauchmuskulatur lag hinter ihm, er zeigte deutliche Fluctuation; die Punction, durch welche 30 Unzen klaren Serums entleert wurden, schaffte dem Patienten bedeutende Erleichterung. Nachdem ein eingelegtes Setaceum Eiterung im Sacke hervorgerufen hatte, erfolgte nach Beseitigung einer eingetretenen Eiterverhaltung dauernde Heilung.

Pils (Stettin).

v. Mosengeil. Extraction eines Steines aus der Harnröhre durch ein besonderes Verfahren.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 17. p. 222.)

In einem Falle, wo die plötzliche Einklemmung eines Blasensteines im Prostataabschnitt der Urethra eine mit hochgradigen Beschwerden verbundene Urinretention von bereits zweitägiger Dauer bewirkt hatte, gelang v. M. die prompte Extraction des ellipsoiden, $1^{1}/_{2}$ Cm. langen und ohngefähr halb so dicken Harnsäure-Steines dadurch, dass er einen Bilab bis zu dem Concrement vorschob und hier das Urethrallumen durch Auseinanderspreitzen der Branchen zu dilatiren suchte, während der in den Mastdarm eingeführte Zeigefinger der anderen noch disponiblen Hand direct durch die bei diesem Pat. dünne Prostata auf den Stein drückend, denselben in der Richtung nach dem orif. cutaneum urethrae allmälig vorbewegte. — v. M. räth in ähnlicher Weise auch bei Fremdkörpern im Ohr zu verfahren, bes. bei Kindern. Er chloroformirte dieselben, liess sie horizontal mit dem betreffenden Gehörgang in der Richtung nach abwärts halten und führte eine Tenette mit feinen Branchen bis zum Fremdkörper. Durch Auseinanderweichen der Branchen wurde auch hier der meatus audit. dilatirt, so dass der Fremdkörper oft durch seine eigene Schwere ganz heraus, oder wenigstens zwischen die Branchen der Tenette fiel.

Derselbe. Heilung eines totalen Dammrisses durch Naht der Rectalwand von der Wunde aus.

(Ibid. p. 223.)

Bei einer Primipara heilte v. M. einen frischen, mit Trennung von Vagina und Mastdarm complicirten Dammriss, wobei er jedoch die tiefgreifenden Rectalsuturen nicht im Mastdarm, sondern in der Perinealwunde knotete. Das eine lang gelassene Ende der Seidensuturen wurde zwischen den Nähten der Dammwunde nach aussen geleitet. Auch liess Verf. die Suturen nicht frei im Mastdarmlumen zu Tage treten, sondern führte sie submucös durch, um für jeden Fall vor dem Entstehen kleiner Rectoperinealfisteln beim Durchschneiden der Fäden sicher zu sein. Die Vaginalsuturen wurden selbstverständlich in der Vaginalhöhle geschlossen.

Lesser (Berlin).

Berichtigung:

S. 363, Z. 13 v. oben lies Lancet statt British med. Journal.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 26. **Sonnabend, den 26. Juni.** **1875.**

F. Steudener. Beiträge zur Lehre von der Knochenentwickelung und dem Knochenwachsthum.

(Aus den Abhandlungen der naturforschenden Gesellschaft zu Halle 1875.)

Verf. untersuchte die Knochenentwickelung bei menschlichen Embryonen nach der Strelzoff'schen Methode (Haematoxilin-Carmin-Färbung) und ist dabei zu wesentlich anderen Resultaten gekommen, als Strelzoff. Er fügt seiner Arbeit eine grosse Zahl sehr instructiver mikroskopischer Abbildungen bei.

Entwickelung und Wachsthum der cylindrischen Knochen.

Während sich im centralen Theil der knorpeligen Anlage einer Phalangeal-Diaphyse die Knorpelzellen stark blähen und sich dann nicht mehr am Wachsthum betheiligen, wuchern sie in den seitlichen

Theilen und bewirken Längen- und Dickenzunahme; es entsteht hierdurch das Bild einer mittleren Einschnürung. Zu gleicher Zeit sondert sich das Perichondrium in den mittleren Theilen, die Einschnürung nach Oben und Unten überragend, in eine äussere faserige Schicht, und eine innere zellige, die »osteoplastische Schicht«. Während hierauf die Verkalkung der Knorpelgrundsubstanz in dem grosszelligen Theile beginnt (Verkalkungspunct), bildet sich an der inneren Seite der osteoplastischen Schicht des Perichondriums die erste Knochenlamelle, die »Grundschicht des perichondralen Knochens«.

Diese wird durch einen wuchernden Fortsatz der osteoplastischen Schicht an einer circumscripten Stelle in schräger Richtung (dem Verlauf der späteren arteria nutritia entsprechend) durchbohrt, und während innerhalb der verkalkten Grundsubstanz die Knorpelzellen ohne vorherige Proliferation molekulär zerfallen, erfüllt der von einem Gefäss begleitete wuchernde Fortsatz des Perichondriums die Knorpelhöhlen mit granulationsähnlichen Zellen. Durch Zusammenfliessen der reihenweise angeordneten Knorpelhöhlen entsteht der primordiale Markraum.

Ein Theil der granulationsartigen Markzellen legt sich epithelartig um die stehen gebliebenen Bälkchen der verkalkten Grundsubstanz und bildet als Osteoblasten-Schicht die erste Anlage des »endochondralen Knochens«. Die so innerhalb der verkalkten Grundsubstanz entstehenden Knochenröhrchen erweitern sich allmälig zu unregelmässigen Markräumen, während die Knochenbälkchen, an Zahl ab-, an Dicke zunehmend, später nur unregelmässige Reste der verkalkten Knorpelgrundsubstanz einschliessen.

Die Vergrösserung der Knochenbälkchen und Markräume kommt durch eine Combination von Anbildungs- und Resorptionsvorgängen zu Stande.

Als directen Beweis für das Vorhandensein eines interstitiell-expansiven Knochenwachsthums führt Strelzoff an, dass in den älteren Knochenbälkchen die Abstände der einzelnen Knochenkörperchen von einander grösser sind, als in den jüngeren. Verf. bestätigt, dass die Breite der zwischen den Knochenkörperchen liegenden Knochengrundsubstanz im älteren Knochen grösser ist, als im jüngeren; misst man aber die Abstände der Centren der Knochenkörperchen, so kommt man zum umgekehrten Resultat. Strelzoff hat übersehen, dass im älteren Knochen die Körperchen erheblich kleiner, oft kaum halb so gross sind, als im jüngeren.

Würde die Verdickung der endochondralen Knochenbälkchen durch Knochenexpansion vor sich gehen, so müsste hierdurch eine Erweiterung des Ringes der endochondralen Grundschicht entstehen; dieses ist nicht der Fall, wie Messungen der Querschnitte von Knochen verschiedenen Alters zeigen. —

Im weiteren Verlauf der Entwickelung schwindet der endochondrale Knochen mehr und mehr und die Markraumbildung greift dann durch die endochondrale Grundschicht auf die perichondrale über, bis zuletzt auch diese der Resorption anheimfällt.

Auch die von Strelzoff als »aplastisch« bezeichneten Stellen bei Röhrenknochen älterer Embryonen, an denen man endochondralen Knochen an das Periost grenzend findet, sind nicht durch mangelnde Anbildung perichondralen Knochens, sondern durch Resorption bereits gebildeten zu erklären, da sehr häufig neben dem perichondralen Knochen auch integrirende Theile des endochondralen (endochondrale Grundschicht) fehlen.

Entwickelung der Rippen und des Schulterblattes.

Die ersten Verkalkungs- und Verknöcherungsvorgänge bei den Rippen sind denen bei cylindrischen Knochen ganz analog. Sobald endochondraler Knochen gebildet ist, schwindet der perichondrale vom Verkalkungspuncte nach beiden Seiten fortschreitend, auf der inneren Rippenfläche, im weiteren Verlauf auch der endochondrale, während sich auf der Aussenseite immer neue Lagen von perichondralem Knochen anbilden. Nach fortgesetzter Resorption auf der einen und Anbildung auf der anderen Seite, besteht die Rippe schliesslich ganz aus dem perichondralen Knochen der Aussenseite; nur am Wirbel- und Brustbeinende zeigen sich restirende, der Innenseite der Rippe näher liegende Kegel von endochondralem Knochen, deren Spitzen dem Verkalkungspunct zu liegen.

Das Schulterblatt entwickelt sich ebenfalls aus einer knorpeligen Anlage; der Verkalkungskern hat eine linsenförmige Gestalt. Eine Besonderheit findet sich bei der Verknöcherung der Spina und des oberen Theils der Scapula, indem diese Theile nach Resorption des perichondralen Knochens der fossa infraspinata und subscapularis und ihrer eigenen endochondralen Knochenanlage schliesslich nur aus dem perichondralen Knochen der fossa supraspinata gebildet werden. —

Entwickelung des Unterkiefers.

Ob der Unterkiefer aus einer ganz knorpeligen oder einer theilweise membranösen Anlage hervorgeht, lässt Verf. unentschieden, hält letzteres jedoch für wahrscheinlich. Beim Verknöcherungsvorgang ist bemerkenswerth, dass auf der Innenseite der perichondrale Knochen, im weiteren Verlauf auch der endochondrale resorbirt wird, und das Wachsthum vorzüglich durch Anbildung perichondralen Knochens auf der Aussenseite vor sich geht.

In endochondralen Knochen restiren oft grössere Strecken verkalkter Grundsubstanz. Man findet hier Bilder, die für Strelzoff's Lehre von dem directen Uebergang von Knorpelzellen in Knochenkörperchen zu sprechen scheinen; genaue Untersuchung lehrt, dass es sich um Eröffnung von Knorpelhöhlen, mit darin liegenden Markzellen handelt. —

Das postembryonale Wachsthum der Knochen.

Verf. glaubt sich durch seine Untersuchungen zu dem Schlusse berechtigt, dass das postembryonale Wachsthum bis zu seinem definitiven Abschluss nach denselben Gesetzen vor sich geht, als das

embryonale. Den Auseinandersetzungen Wolf's gegenüber hält er das Wachsthum der Knochen durch eine Combination von Appositions- und Resorptionsvorgängen für allein möglich.

Die Knochenresorption wird durch die Kölliker'schen Osteoclasten auf dem Wege der Bildung Howship'scher Lakunen eingeleitet.

Verf. macht schliesslich auf den Umstand aufmerksam, dass sich der Schenkelhals in den ersten Lebensjahren in einem stumpferen Winkel an den Schaft des Femur ansetzt, als späterhin; es spricht dieser Umstand jedenfalls direct gegen die Annahme einer gleichmässigen Knochenexpansion als einzigen Factors des postembryonalen Knochenwachsthums. A. Genzmer (Halle).

H. Fischer. Klinische Beiträge zur Lehre vom Brande (aus der chirurgischen Klinik zu Breslau).

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 2.)

A. Das Mal perforant du pied.

Verf. giebt zuerst eine geschichtliche Uebersicht der von Nélaton zuerst 1852 (im Original ist 1872 ein Druckfehler) beschriebenen, von Vesignié »Mal perforant« genannten Erkrankung mit Berücksichtigung der sehr umfänglichen französischen, und vergleichsweise kleinen englischen (nur Piffard) und deutschen Litteratur, aus letzterer Adelmann, Schuessler, Sonnenburg, Estlander hervorhebend. Die hauptsächlichsten Symptome der Erkrankung sind nach dem Verf. die allmälig und unaufhaltsam bis in die Knochen und Gelenke dringende Verschwärung, der chronische, schmerzlose Verlauf, der Widerstand gegen locale Behandlung, grosse Neigung zu Rückfällen und successives Befallen verschiedener Theile desselben oder beider Füsse, Sensibilitätsstörungen in der Nähe des Geschwürs und am ganzen Gliede, trophische Störungen, Circulationsstörungen und Veränderungen in der Temperatur der Theile. Die Erkrankung kommt meist bei schwer arbeitenden Leuten mit unzweckmässiger Fussbekleidung vor, nur Sédillot will andere Beobachtungen gemacht haben, ferner meist bei Männern nach dem 40. Jahre. Die Symptome der trophischen Störung erläutert F. durch 7 einschlägige Beobachtungen, welche wir hier nur kurz anführen können:

Fall 1. Mann, 32 Jahre alt, Myxom des Rückenmarks, leproide Brandform der Finger, der Zehen, grosse leproide Geschwüre an den Armen und Füssen. Mal perforant, Störungen der Sensibilität und Motilität der Extremitäten. Pat. starb, als er einige Wochen beobachtet war, an einer Lungenaffection.

Fall 2. Frau, seit 10 Jahren an der linken Körperseite gelähmt infolge eines Schlaganfalls, trophische Störungen, Mal perforant am 5. Metatarsalknochen, erfolglose Behandlung.

Fall 3. Mann, vor 8 Jahren Verletzung des linken N. ischiadicus

durch eine Kreissäge, Lähmung des Beines, trophische Störungen, Mal perforant am Ballen der linken grossen Zehe bis in das Gelenk dringend mit Nekrose der Gelenkenden; trotz Resection derselben keine Heilung.

Fall 4. Knabe, 13 Jahre, vor $11^1/_2$ Jahre Luxatio iliaca traumatica des linken Oberschenkels mit Atrophie, Paralyse und trophischen Störungen, Mal perforant an den Köpfchen des 4. und 5. Metatarsalknochen, ungeheilt.

Fall 5. Mann, 36 Jahre alt, Lähmung des Unterschenkels nach einer schlecht geheilten Fractur, trophische Störungen, Mal perforant unter dem 1. Metatarsalknochen am inneren Fussrande. Pat. verweigerte die vorgeschlagene Amputation.

Fall 6. Mann, Schuss durch die Hinterbacke mit Verletzung des N. ischiadicus, rechter Fuss gelähmt, unempfindlich, atrophisch, Mal perforant an der Ferse, die Sonde drang in den erweichten Calcaneus.

Fall 7. Mann, 50 Jahre alt, Neuralgieen und Sensibilitätsstörungen am rechten Bein aus unbekannter Ursache, ohne trophische Störungen. Mal perforant der Ferse bis auf den Calcaneus, Heilung durch Ueberpflanzung eines Hautlappens und längere Anwendung des galvanischen und faradischen Stromes.

Zur pathologischen Anatomie des Mal perforant bemerkt Verf., dass an dem Geschwüre selbst keine charakteristischen Zeichen sind, an dem Knochen findet sich eine rareficirende Ostitis; das Hauptgewicht fällt auf die atheromatösen Veränderungen der Gefässe (Lucain), welche durch die Section in 6 Fällen constatirt wurde. Ferner fand auch Duplay, Poncet, Sédillot Erkrankung der Gefässe, welche ersterer als eine Endarteritis auffasst. F. selbst fand im Fall 1 nirgends in den grösseren Fussarterien Atherose, dagegen waren die kleineren Gefässe in der Nähe des Geschwürs verengt, sehr derb, ihr Lumen im Querschnitt unregelmässig, die Intima durch junges Bindegewebe und kleinzellige Infiltration verdickt, ebenso war ihr Endothellager verdickt, fettig, trübe. Auch verschiedene Veränderungen der Nerven sind beobachtet worden (Duplay und Morat, Estlander, Poncet); Verf. konnte in seinem Falle keine Veränderungen nachweisen.

In Betreff der Pathogenese führt Verf. die Anschauungen der Autoren darüber an, welche das Uebel für ein gewöhnliches Geschwür (Sédillot), Entzündung und Vereiterung von Schwielen und Schleimbeuteln, Decubitalgeschwür (Leplat, Streubel), Veränderung des secretorischen Apparates der Sohlenhaut (Adelmann), primäre Knochenerkrankung (Maurel), Cancroid (Volkmann), inveterirte Syphilis (Pitha, Esmarch) halten; für einen urämischen und glycosämischen Ursprung spricht Vésignié, für eine Erkrankung der Gefässe eine grosse Zahl von Chirurgen, theils für eine Atherose, theils für Embolien (Lucain), welche letztere Ansicht F. ausführlich durch 3 Beobachtungen widerlegt; es nimmt die Embolie der Fussarterien

einen durchaus anderen Verlauf. Verf. selbst hält das Mal perforant für die am tiefsten greifende und bösartigste neuroparalytische Verschwärung, er schlägt deswegen vor den Nichts besagenden Namen Mal perforant fallen zu lassen und ihn durch den zutreffenden der neuroparalytischen Verschwärung zu ersetzen. Zur Heilung ist ausser der betreffenden Localbehandlung die längere Anwendung des constanten und inducirten Stroms, daneben Jodkali zu empfehlen. Erweisen sich diese Mittel erfolglos, so bleibt nur die Amputation übrig.

B. Der symmetrische Brand.

F. beobachtete 2 Fälle des von Reynaud zuerst näher beschriebenen symmetrischen Brandes. Die 1. Beobachtung machte er bei einem 46 Jahre alten Maurer, der an Intermittens gelitten hatte. Die symmetrischen Brandstellen betrafen die beiden kleinen Finger, die beiden Ohren, die Wangen und die beiden Seiten der Nasenspitze. — Der 2. Fall betrifft einen 34jähr. Mann, der nach dem Flecktyphus blaue Färbung der Ohren, der Nase und der Zehen bekam. Während sich diese Erscheinungen am Kopfe zurückbildeten, trat an den Füssen Gangrän ein, welche eine Doppelamputation nothwendig machte. Verf. sucht die Ursache in einem vasomotorischen Gefässkrampfe, gegen welchen Chinin und Electricität anzuwenden ist.

Maas (Breslau).

Tarchanoff. Des prétendus canaux qui feraient communiquer les vaisseaux sanguins avec les lymphatiques.

(Gaz. méd. 1875. No. 13. — Soc. de biol. p. 157.)

Auf Grund einer grösseren Reihe von Controllversuchen polemisirt T. gegen die Arnold'schen Beobachtungsresultate (Virch. Arch. Decbr. 1874), wonach die Blut- und Lymphgefässe durch ein System von sternförmigen Saftcanälchen direct mit einander communiciren. T. wiederholte die Arnold'schen Versuche in der Weise, dass er Fröschen nach vorheriger Unterbindung der Cruralvene 20 Kcm. einer mit Berliner Blau gefärbten Gelatinelösung in den Bulbus aortae mit einem Druck von 80—100 Mm. Quecksilbersäule injicirte und dann die Vorgänge an der Schwimmhaut beobachtete. Am 2. und 3. Tage nach der Unterbindung fand er die Blutgefässe stark dilatirt, mit Blut strotzend gefüllt, die Wandungen an einzelnen Stellen geborsten und von Hämorrhagieen umgeben. Die Injectionsmasse trat nun ebenfalls aus den Rupturstellen heraus und bildete, indem sie sich zwischen den extravasirten Blutkörperchen verbreitete, ein Netz von unter einander communicirenden sternförmigen Figuren. Das Eindringen von Injectionsmasse in Pigmentzellen, wie es Arnold beschreibt, konnte T. nie beobachten, eben so wenig einen directen Zusammenhang der Lymph- und Blutgefässe. Nur zwischen den Bindegewebsfibrillen communicirte die sich verbreitende Injectionsmasse. Wurde

das Blut zuvor durch Injection einer Kochsalzlösung vollständig aus den Gefässen entfernt, also auch die Bildung von Extravasaten verhindert, so fand nur ein diffuses Austreten der blauen Injectionsmasse statt, ohne dass irgendwie bestimmte Figuren entstanden. — Das vermeintliche System von Saftcanälchen ist nach T.'s Ansicht demnach nichts weiter, als ein artificielles Netz der zwischen die Blutkörperchen sich verbreitenden Injectionsmasse.

O. Volkmann (Halle).

Teale. Excessive and long-maintained high temperature after injury to the spine. (Clin. society, 26. Febr. 1875.)

(Med. tim. and gaz. 1875. March 20. p. 326.)

Eine junge Dame stürzte mit ihrem Pferde; letzteres kam auf die Reiterin zu liegen und wälzte sich mehrere Mal über ihrer Brust. Der Boden war steinig.

Nach kurzer Bewusstlosigkeit wurde sie nach Scarborough geschafft (5. Septbr. 1874). T. constatirte einfachen Bruch in der Mitte der linken 5. und 6. Rippe. Leichtes Fieber 14 Tage lang. Schmerzen im Rücken, namentlich am 6. Rückenwirbel. October: Temperatur 100—101°F. Leichte Symptome einer Reizung des Rückenmarks. Am 3. Novbr.: 103,5°, 6. Nov.: 106°, 7. Nov.: 107°, Puls nicht über 100.

Keine Paralysen, Bewusstsein klar. Quecksilbereinreibungen. 8. Nov.: 110°, 11.—13. Nov.: 111—114°, 14. Nov.: 122°! Puls jetzt 120, klein. Schnelle Abnahme der Ernährung, zeitweilige Unfähigkeit zu schlucken. December: Temperatur zwischen 110—114°. Dabei allmälige Zunahme der Ernährung. Am 7. Jan. 1875 Fallen der Temperatur auf 104°, am 8. auf 102°, am 10. war sie normal.

Schnelle Besserung; schon am 22. Jan. konnte Pat. ausgehen. Die angegebenen Temperaturen beziehen sich auf die rechte Achselhöhle; an ihrer Richtigkeit kann nicht der geringste Zweifel erhoben werden; z. B. sind Controllmessungen mit im ganzen 7 Thermometern, darunter 4 normirten, an den verschiedenen Messungsstellen gemacht worden. (104°F. entspricht 40°C., 122°F.=50°C.)

Ranke (Halle).

W. Henke. Die oberen und unteren Muskeln der Lippen.

(Zeitschrift für Anatomie und Entwicklungsgeschichte von His und Braune. Bd. I. p. 107.)

Während die Ursprünge der Gesichtsmuskeln gut gekannt sind, fehlt es an genauen Angaben über ihre Ansätze in der Haut. H. geht von den mit dem sogenannten Orbicularis oris in Verbindung stehenden Muskeln aus und untersucht ihr Verhalten beim Eintritt in die Lippen. Die Präparation legt Werth auf Vermeiden des üblichen Glattstreichens der aufgedeckten Ansätze, und zerlegt die sich durchkreuzenden Faserzüge durch successive Aufdeckung. Die Er-

gebnisse der Untersuchung werden in den Abbildungen eines auf der Rostocker Naturforscherversammlung demonstrirten Präparates vorgeführt.

Neben der Grundlage der Lippenmuskulatur, der Fortsetzung des Buccinator, gruppirt H. die von beiden Kiefern hinzutretenden Muskeln in 2, für beide Lippen analoge Arten: 1) Muskeln, welche die Grenze beider Lippen nicht überschreiten (quadrat. inf. und sup., Henle). 2) Muskeln, welche diese Grenze überschreiten (triangularis inf. und super., Henke). Topographisch besteht der Unterschied, dass der obere Triangularis vom Quadratus bedeckt wird, während an der Unterlippe das entgegengesetzte Verhalten stattfindet. — Diesen Gruppen schliessen sich noch Zygomaticus und Risorius an.

I. a) Quadrat. sup. kommt von oben mit glatter Vorderfläche zu seinem Hautansatze in der schrägen, von dem hinteren Rande des Nasenflügels nach unten, etwas oberhalb des Mundwinkels verlaufenden Linie; seine tieferen Fasern verbreiten sich in dem Dreieck an der Peripherie der Oberlippe seitwärts vom Nasenflügel, welches meist keinen starken Bartwuchs zeigt.

b) Quadratus inferior besitzt keine glatt präparirbare Vorderfläche, verläuft aber analog dem oberen; er hat eine ausgebreitete Insertion an der Haut des Seitentheiles der Unterlippe, vom Rande des Triangularis bis zum Rande der Lippenspalte. Ein Eintreten von Fasern in den Orbicularis findet bei beiden Muskeln nicht statt; der obere sucht die Oberlippe nach oben, der untere die Unterlippe nach unten vor den Zähnen auseinander zu ziehen.

II. Die Triangulares sind getrennt nur bis zu den auf einander stossenden Spitzen zu verfolgen. Unter theilweiser Anerkennung des Henle'schen Ligamentes der Lippencommissur als Insertionspunct nimmt H. vor allem eine Durchkreuzung der beiderseitigen Bündel an. Der scharfe Rand, welcher einen oft angegebenen, aber nicht vorhandenen Uebergang beider Muskeln in einander vortäuscht, entsteht durch eine der Aufwicklung des Pectoralis major ähnliche Anordnung; die Fasern beider Muskeln verlaufen nach der Kreuzung medianwärts, und zwar die des oberen in der Unterlippe und umgekehrt. Die oberflächlichen Lagen der daraus hervorgegangenen Faserbündel setzen sich an der Haut in der Gegend von den Seitenenden der Insertionen der entgegengesetzten Quadrati an. Die tieferen Schichten der gekreuzten Triangulares bilden in der Mitte der Lippe, an die Haut sich ansetzend, den grössten Theil der oberflächlichen Lagen des Orbicularis. Jeder einzelne Triangularis stellt einen als Einheit wirkenden zweibäuchigen Muskel dar; je zwei von linker und rechter Seite zusammen eine in der Mitte zusammenhängende Schlinge.

III. Unter den abgetragenen Triangulares erscheint jetzt der Buccolabialis, mit einer »Spur« directer Anknüpfung oberer und unterer Orbicularisfasern an einander. Einige Buccinatorfasern endigen ausserdem unter dem medialen Rande des unteren Triangularis hervortretend in der Haut.

IV. Von den Nebenmuskeln ist der Ansatz des Zygomaticus unbestimmt, nur geht er nicht in den Seitenrand des unteren Triangularis über. Theils verläuft er mit dem Quadrat. sup., theils mit dem Triangular. superior; theils biegen Fasern schon oben in den Orbicularis um.

Der Risorius war in dem Präparate kaum vertreten; er schloss sich dem Verlaufe und Ansatze des Quadratus in der Unterlippe an. Die übrigen Nebenmuskeln sind von H. nicht verfolgt.

Für den aus der oberflächlichen Schicht des Orbicularis einerseits und dem zugehörigen Triangularis andererseits gebildeten, als Einheit nachgewiesenen Muskel führt H. den Namen Circumflexus ein. An letzter Stelle werden die gewöhnlichen physiologischen und mimischen Combinationen des Gebrauchs der Muskeln analysirt (siehe das Original).

Ranke (Halle).

A. Hénocque. L'électropuncture du coeur.

(Gaz. hebdom. 1874. No. 52.)

Mit dem Hinweise auf die Experimente, welche Vulpian an Hunden angestellt hat, bespricht H. die Faradisirung des Herzens als Wiederbelebungsmittel in der Chloroformsynkope. Vulpian hat nämlich bei Faradisirung des Herzens des Hundes completen Herzstillstand beobachtet. Die dabei verwendeten electrischen Ströme, sowohl intermittirende als continuirliche, werden von H. nur ganz allgemein als »verhältnissmässig wenig intensiv« bezeichnet. Er kommt, nach weiterer Auseinandersetzung der Beobachtungen Vulpian's, zu dem Schlusse, dass die Electropunctur des Herzens als zu gefährlich, beim Menschen vorläufig nicht angewendet werden soll.

(Die Anführungen aus Steiner's Arbeit zeigen, dass Hénocque das wesentlich Negative der Resultate dieser Arbeit entgangen ist. Dass starke Ströme gefährlich sind, hat St. ausdrücklich hervorgehoben und die Stärke des intermittirenden Stromes, welche ohne Nachtheil verwendet werden kann, genau angegeben. Der Ref.)

Fr. Steiner (Wien.)

Onimus. Crampes des employés au télégraphe.

(Gaz. méd. 1875. No. 15. p. 175.)

Der mitgetheilte Fall von Fingerkrampf betrifft einen seit 19 Jahren bei der Telegraphie (Morse'sches System) angestellten Beamten, bei dem sich als erstes Symptom des beginnenden Uebels die Schwierigkeit bemerkbar machte, eine Reihe von Punkten zu telegraphiren. Diejenigen Buchstaben, die mit einem Strich beginnen (d), wurden dem Patienten leichter, als die mit einem oder mehreren Punkten beginnenden (s, i, v). Nach allmäliger Zunahme des Uebels arbeitete Pat. allein mit dem Daumen. Nach Verlauf von 2 Jahren wurde auch dieser vom Krampf ergriffen, und der Kranke benutzte nun der Reihe nach den Zeige- und Mittelfinger, endlich den Daumenballen. Auch

hierbei stellten sich nach einiger Zeit clonische Krämpfe des Vorderarms ein, die sich bei grösserer Anstrengung auf den ganzen Arm und sogar das Bein der betreffenden Seite fortsetzten, wozu sich noch Nackenschmerzen und bisweilen Schwindel und Schlaflosigkeit einstellten. — Zur Vermeidung des, wie es scheint, nicht seltenen Uebels empfiehlt O. im Gebrauch des Morse'schen und des Hugh'schen Systems abzuwechseln. **O. Volkmann** (Halle).

Rabe. Zur endgültigen Heilung der Brüche am oberen Ende des Oberschenkelknochens.

(Zeitschrift für Anatomie und Entwickelungsgeschichte von His und Braune, Bd. I. p. 121.)

Das von R. beschriebene Präparat stammt von der linken Beckenhälfte eines muskelstarken Mannes und wurde auf der Leipziger anatomischen Anstalt vorgefunden; über die Geschichte desselban war nichts zu eruiren. Die Veränderungen an dem Präparate, nach einem vor Jahren erlittenen Bruche durch beide Trochanteren mit Einkeilung, ergaben eine Architectur der Bruchstelle im Sinne einer Wiederherstellung der alten Bogensysteme an Stelle des ursprünglichen Callus. In den entfernteren Theilen fand sich eine tiefgreifende Umänderung der tragenden Bestandtheile durch Verstärkung oder Atrophie entsprechend der durch die Fractur veränderten Lage und Inanspruchnahme; im Widerspruche zu Wolff zeigt das Präparat, dass eine Veränderung in der Richtung der Bälkchenzüge, soweit sie nicht bei dem Bruche zerstört sind, zu einer genauen Wiederherstellung der ursprünglichen Systeme für die Gebrauchsfähigkeit des geheilten Beins nicht nothwendig ist.

Die Photographien und die Präparatbeschreibung müssen im Original nachgesehen werden. **Ranke** (Halle).

A. Berndt. Zur Behandlung einfacher Oberschenkelfracturen.

Inaug.-Diss. Breslau. 1874.

B. hat ein Material von 61 einfachen Oberschenkelfracturen, welche in 10 Jahren in der chirurgischen Klinik zu Breslau behandelt wurden, zu einer vergleichenden Zusammenstellung über die Resultate der verschiedenen Behandlungsmethoden benutzt. Es waren 20 Fälle ausschliesslich durch Lagerung auf ein Planum inclinatum duplex behandelt; sie ergaben 1) eine Consolidationszeit zwischen 4—8 Wochen, im Durchschnitt 6 Wochen; 2) eine Behandlungsdauer zwischen 4—48 Wochen, im Durchschnitt 10 Wochen und 3) in den genau angegebenen Fällen keine Verkürzung 3 Mal, nicht über $^{1}/_{2}''$ 6 Mal, zwischen $^{1}/_{2}$—1'' 8 Mal, über 1'' 3 Mal. Der Gypsverband ergab in 13 ausschliesslich so behandelten Fällen ad 1. 3—9 Wochen, im Durchschnitt auch etwa 6 Wochen, ad 2. 6—16 Wochen, im Durchschnitt gleichfalls 10 Wochen und ad 3. in den genau notirten Fällen

keine Verkürzung 2 Mal, nicht über 1/2" 3 Mal, zwischen 1/2—1" 2 Mal, über 1" 1 Mal. — Mit der permanenten Extension wurden ebenfalls 13 Fälle behandelt; von diesen Fällen fehlen über Punkt 1 die Angaben, ad 2. schwankt die Zeit zwischen 3—19 Wochen, im Durchschnitt 7 Wochen, ad 3. unmerklich in 5 Fällen, nicht über 1/2" in 2 Fällen, zwischen 1/2—1" in 1 Fall, über 1" in 2 Fällen, in 3 Fällen fehlen die Angaben. Ausserdem wurden 15 Fälle durch Combination verschiedener Methoden behandelt, auf deren Resultate wir hier nicht näher eingehen. Obgleich Verf. selbst aus der kleinen Statistik keine Schlüsse ziehen will, heben wir die in Betreff der Behandlungsdauer günstigen Resultate der Extensions-Methode hervor (3 Wochen im Durchschnitt weniger, als bei den anderen Methoden).

Maas (Breslau).

M. Thomas. The results of amputations performed in the Glasgow royal infirmary during twenty five years.

(Glasgow med. Journal 1875. April.)

In dem Glasgower Krankenhaus wurden in den 25 Jahren von 1849—1874 1412 grössere Amputationen ausgeführt. Davon starben im Ganzen 452 = 32,1 %. Die Mortalität der primären Amputationen betrug 36,5 %, der secundären 51,7 %, der pathologischen 21,9 %.

Die Resultate der Haupt-Amputationen ergiebt folgende Uebersicht:

	Primär		Secundär		Pathologisch	
	Summa	Todesfälle	Summa	Todesfälle	Summa	Todesfälle
Oberschenkel	118	52,5%	42	76 %	204	30,8%
Unterschenkel	109	44,9	50	58	83	22,9
Oberarm	134	33,5	22	31,8	30	16,6
Vorderarm	112	11,6	21	28,9	21	4,7

Schädel (Berlin).

Mac Cormac. Cases of knee-joint excision. (St. Thomas' hospital.)

(Med. tim. and gaz. 1875. Mai 1. p. 464.)

M. C. operirt operirt bei Kniegelenkresection mit vorderem Bogenschnitt, sägt von der Patella, bei nicht zu intensiver Erkrankung derselben, nur die Gelenkfläche ab; alle erkrankten Weichtheile werden sorgfältigst mit Messer und Scheere entfernt; die Nachbehandlung findet auf einer modificirten Schiene — von M' Intyre — nur in einigen Fällen im Gipsverband statt. Die Schiene wird die ersten 6 Wochen nicht gewechselt, bis zur beginnenden Consolidation. Die Esmarch'sche Compression wird nicht angewandt.

1) 4jähriges Mädchen mit aufgebrochenem Tumor albus des rechten Knies. Resection mit Entfernung der Patella. Rasche Heilung, keine knöcherne Vereinigung, so dass die Neigung zur Flexion durch

eine Lederkappe bekämpft werden musste. 11 Monate nach der Operation gehend entlassen.

2) 22jähriges Mädchen, mit seit 4 Jahren bestehender Erkrankung des rechten Kniegelenks. Resection mit Erhaltung der Patella. Sequester des Tibiakopfes wird vorgefunden. Tod 10 Tage später an »acute double pneumonia«. Sectionsbefund fehlt.

3) 12jähriges Mädchen, mit seit 8 Jahren nach einem Fall entstandener Entzündung des linken Kniegelenks. Resection mit Erhaltung der Patella. In 4 Wochen Heilung der Operationswunde, dann Abscedirungen in ihrem vorderen Theile. Sechs Wochen nach der Operation wird feste Vereinigung der Knochen constatirt. Im 4. Monat nach der Operation mit bestehenden Fisteln gehend entlassen.

4) 21jähriges Mädchen; von Solly im Februar 1865 resecirt, hat bisher das Bein nicht gebrauchen können. Grosse Anzahl Fisteln, kein blossliegender Knochen. Verkürzung $2^1/_4$ Zoll, betrifft vorwiegend die Tibia; Atrophie des ganzen Beines, Fuss in äusserster Equinusstellung fixirt. Kein Eiweiss im Urin, Lungen gesund. Nach der Tenotomie der Achillessehne Verbesserung der Fussstellung, unter einfacher Behandlung Heilung der Fisteln. Pat. beginnt mit hoher Sohle zu gehen. (Ueber Winkelstellung im Knie wird nichts berichtet.)

5) 14jähriger Knabe, 4jähriges, linksseitiges Kniegelenkleiden; grosser Eitererguss. Resection am 24. Juni 1874 mit Entfernung der Patella. Gipsverband. Nach 6 Wochen leidlich feste Vereinigung constatirt. Pat. geht zur Zeit, die Operationsnarbe ist oberflächlich ulcerirt.

6) 20jähriger Mann, seit 3 Jahren behandelt; Kräftezustand schlecht. Ossale Form der Entzündung des (welches?) Knies. Resection, Gipsverband. Eingriff wird gut vertragen, nach 6 Wochen feste Vereinigung schon eingetreten. Mit Fisteln, nicht gehend entlassen. Jetzt manifeste Lungentuberkulose.

Die Wundbehandlung M. C.'s wird nicht weiter angegeben.

Ranke (Halle).

Teevan. Subcutaneous urethrotomy. (Clin. society. 8. Jan.)
(Med. tim. and gaz. 1875. Jan. 23. p. 103.)

T. hat vor einem Monat nach amerikanischem Vorgange eine Strictur auf einem Itinerarium mit einem vom Perineum aus eingestochenen Tenotom getrennt. Die von T. für England in Anspruch genommene Priorität für die Einführung dieser Methode wird von Hulke Fergusson vindicirt. Der benutzte gerinnte Katheter soll, vor der Operation den Urin abfliessen lassend, beweisen, dass man wirklich auf ein in der Harnröhre befindliches Instrument einschneidet. T. glaubt, die Operation sei weniger gefährlich als die äussere Urethrotomie.

Ranke (Halle).

Kleinere Mittheilungen.

L. Papillaud. Observation de tétanos guéri par le chloral.

(Gaz. méd. 1875. No. 15. p. 176.)

Ein 20jähriger Eisenbahnarbeiter wird nach einer starken Quetschung des Nagelgliedes eines Fingers von einer Steifigkeit des ganzen Körpers namentlich aber der Kaumuskeln befallen, zu der sich bald heftige Krampfanfälle gesellen. Von einer Chlorallösung (8: 200) wird stündlich ein Esslöffel bis zum Aufhören der Krämpfe verabreicht. Nachdem der Kranke im Ganzen 72 Gramm Chloral verbraucht hat, ist er nach Verlauf von 22 Tagen bis auf eine gewisse Steifigkeit des linken Arms vollständig wieder hergestellt. — P. glaubt, dass die innerliche Anwendung des Chlorals in allen Fällen ausreicht und verwirft die intravenösen Injectionen desselben. **O. Volkmann** (Halle).

Amussat. Sonde à dard.

(Revue de thérapeutique médico-chirurgicale 1875. No. 5.)

In einer Anzahl von Fällen, in welchen ein Prostataabscess in die Urethra prominirte, dessen Fluctuation wahrgenommen werden konnte (wie? Ref.), bediente sich A. eines 1843 nach seiner Angabe von Charrière construirten Instrumentes, von der Form eines gewöhnlichen Katheters, welches bei Druck auf einen Knopf des Handgriffes eine zweischneidige Klinge aus dem offenen, abgerundeten Endstück in der Axe des letzteren hervorspringen und beim Nachlassen des Druckes wieder zurückschnellen lässt. **Rupprecht** (Halle).

P. Foët. Attaque d'hystérie chez un homme, traitée et guérie par la compression des testicules.

(Gaz. hebdom. 1874. No. 50.)

F. beschreibt einen heftigen Anfall von Convulsionen mit vollkommenem Schwinden des Bewusstseins bei einem Manne. F. comprimirte, im Momente der hochgradigsten Steigerung dieser Zustände, lebhaft die Hoden des Patienten, worauf nach Ablauf von weniger als 1 Minute der Anfall vollständig schwand, bis auf eine Art von Betäubung, die etwa noch 1 Stunde anhielt. Patient hatte schon früher derartige Anfälle wiederholt gehabt, diesmal war er den Tag vor dem Anfalle durch Etwas sehr erregt worden, worauf ein fixer Schmerz in der linken Schläfe sich einstellte. Gähnen und grosse Müdigkeit gingen dem Anfalle voran.

F. meint, das Verschwinden des Anfalles komme im obigen Falle auf Rechnung des Schmerzes (durch die Hodencompression). **Fr. Steiner** (Wien).

Rivington. Pulsating tumour of the orbita. (Roy. med. and chir. society.)

(Med. tim. and gaz. 1875. Mai 1. p. 484.)

Historisch-kritische Besprechung der seltenen, pulsirenden Orbitalgeschwülste, gestützt auf 62 gesammelte Fälle. Der von R. beobachtete Kranke hatte eine Schädelfractur erlitten; 6 Wochen später Entwickelung der Geschwulst, welche nach den verschiedensten Heilversuchen durch Ligatur der Carotis beseitigt wurde. **Ranke** (Halle).

S. Pollak. Ueber das epidemische Vorkommen der Parotitis.

(Wiener med. Presse 1875. No. 12.)

P. berichtet über eine epidemisch in Tyrnau aufgetretene idiopathische Parotitis. Es herrschte zur Zeit keine Scarlatina im Orte. Die Parotitis war durchweg doppelseitig, betraf insbesondere Kinder und junge Leute beider Geschlechter, in allen Schichten der Bevölkerung. Rachenkatarrh fehlte dabei ganz. Der Verlauf war, bei einer Krankheitsdauer von 3—8 Tagen, stets der in Zertheilung. Die Anwendung der Kälte und der Wärme, letztere in Form von Cataplasm. emoll., hatten das gleiche Resultat: es minderte sich die Empfindlichkeit und die Entzündung nahm ab.

Kurz nach dem Aufhören dieser Epidemie kamen Scarlatinafälle vor. P. meint darum, es localisire sich ein dem Scarlatinagift verwandtes, weniger heftig wirkendes Gift in den drüsigen Organen und führe zur Parotitis. **Fr. Steiner** (Wien).

Hulke. On a wound of the palm.

(Med. tim. and gaz. 1875. Mai 1. p. 463.)

Der klinische Vortrag H.'s soll die Nothwendigkeit der Lagerung des Armes auf einer Schiene beweisen, wenn eine Wunde der Hand mit arterieller Blutung complicirt gewesen, die verletzte Arterie aber nicht unterbunden werden konnte.

Der 20jährige Patient hatte einen Messerstich durch das 4. spatium interosseum der (welcher?) Mittelhand erhalten. Die starke Blutung stand spontan. Behandlung auf einer Schiene (in horizontaler Lage, da H. die Vortheile der verticalen Suspension durch die Leichtigkeit der Verbreitung der entzündlichen Stoffe auf den Vorderarm parallelisirt sieht!) mit sorgfältiger, aber leichter Einwickelung von den Fingerspitzen an. Heilung ohne Zwischenfall.

Ein zweiter ähnlicher Fall bei einem Mädchen, in derselben Weise behandelt, verlief gleich günstig. **Ranke** (Halle).

3 Fälle von geheilten Aneurysmen.

(The Americ. Journal of med. scienc. 1875. Jan.)

1) **St. Eldridge.** Aneurysma der Femoralis über dem Abgang der Profunda; Heilung durch forcirte Flexion.

Traumatisches Aneurysma, entstanden durch das Auffallen eines schweren Balkens auf die Leistengegend. Da Pat. jede blutige Operation verweigerte, wurde die forcirte Flexion versucht. Während der ersten 5 Tage Bandagiren des Oberschenkels gegen den Rumpf bis zur äussersten Grenze des Erträglichen. Nur 1 Stunde täglich wird die Binde gelöst, damit die Anschwellung des Beines nicht allzu bedeutend werde. Der Tumor nahm während dieser Zeit nicht zu, seine Wände wurden fester. Einer Fortsetzung dieser Behandlung widersetzte sich Pat. entschieden und suchte des Nachts die Bandagen zu entfernen. Es wurde daher von einer so hochgradigen Flexion abgesehen und das Bein in erträglicher Beugestellung mittelst Gurten gegen eine fest den Thorax umschliessende Jacke angezogen. Die befestigenden Kupferdrähte waren an ihren zusammengedrehten Enden mit einem Siegel versehen (!) In dieser Lage verharrte Pat. continuirlich 15 Tage. Nach Abnahme der Bandagen zeigt sich der Tumor vollkommen hart, jede Pulsation war verschwunden, der Umfang hatte entschieden abgenommen. Eine leichte Steifigkeit im Hüftgelenk verschwand in kurzer Zeit durch passive Bewegungen. 6 Monate nachher sah Verf. den Pat. Die Heilung war vollkommen.

2) **B. Bartow.** Aneurysma der Femoralis; anfangs Compression, dann Ligatur der Art. Iliac. Heilung.

Auch hier handelt es sich wahrscheinlich um ein traumatisches Aneurysma. Der 36jähr. Pat. war Dampfkesselschmied und hatte beim Kesselnieten die Eisenstange gehalten, gegen welche die Nieten platt geschlagen werden. Um diese Stange fest zu halten, hatte er sie häufig gegen den Oberschenkel gestemmt und so die ganze Erschütterung der Hammerschläge auf denselben übertragen.

Die Geschwulst war langsam entstanden und im Verlaufe von 5 Monaten zur Grösse einer doppelten Mannsfaust herangewachsen. Sie sass ungefähr 4 Zoll unterhalb des Ligam. Poupart. Da Pat. durch Schmerzen und Schlaflosigkeit ziemlich entkräftet war, so entschloss man sich zunächst nicht zur Unterbindung, versuchte vielmehr die centrale Compression.

Eine 31stündige Digital-Compression hatte nur geringen Erfolg; die Fortsetzung musste wegen Mangel an Assistenz aufgegeben werden. Nicht viel mehr wurde durch die Compression mittelst eines eigens construirten Compressoriums (dem Esmarch'schen Aortencompressorium ähnlich) erreicht.

3 Wochen nach der Aufnahme schritt man daher zur Unterbindung der Iliaca etc. Bereits 2 Tage nachher hatte sich der Tumor um 4 Zoll im Umfang verkleinert. 5 Wochen nach der Operation konnte Pat. ausser Bett sein. Die Geschwulst verkleinerte sich mehr und mehr und wurde härter. Bei der Entlassung $5^1/_2$ Monate nach der Operation, hatte sie nunmehr die Grösse und Form des Hutes eines mittelgrossen Pilzes.

3) **Th. Mathews.** Aneurysma der Aorta abdominalis erfolgreich mit Jodkalium behandelt.

38jähr. Frau litt an einem Aneurysma der Aorta abdom., welches sich vom Sternum bis zum Nabel hin erstreckte. Durch die Erfolge von Dr. Balfour (The Americ. Journal of med. scienc. April 1874) ermuntert, gab Verf. in je 24 Stunden 4 mal 15 gran. Kalium jodat. Obwohl diese grossen Dosen anfänglich den Magen etwas irritirten, begann Pat. sich alsbald sehr viel wohler zu fühlen. Nach 5 monatlicher Behandlung constatirt der Verf. folgenden Erfolg: während vor Beginn der Kur Pat. stets zu Bett lag und ohne Morphium nicht schlafen konnte, geht sie jetzt umher, fährt aus, reitet selbst, und schläft ohne jegliches Soporificum. Die aneurysmatischen Geräusche früher so deutlich, sind fast ganz verschwunden, die Geschwulst ist zwar noch zu fühlen aber sehr viel kleiner als früher. **Lossen** (Heidelberg).

Spokeel. Phlegmon de la fosse iliaque. — Caries multiples. — Tuberculose miliaire aiguë. — Symptômes de dyssenterie.

(Progrès médical 1875. No. 5.)

Der bei einem vorher gesunden 22j. Soldaten (in Folge einer Perityphlitis?) sich entwickelnde Abscess wurde unter dem Arcus cruralis geöffnet. Eine Zeit lang schien eine Communication zwischen dem Eiterheerde und dem Darm zu bestehen, indem aus der Incisionsöffnung und aus dem After die gleiche Flüssigkeit (Koth und Eiter gemischt) abging. Bei der Section war am Darm Nichts von einer stattgehabten Perforation zu entdecken. **Petersen** (Kiel).

Foucras. Hernie diaphragmatique immense.

(Gaz. des Hopitaux 1875. No. 37.)

F. fand bei einem 32j. Gutsbesitzer, der ihn wegen Magen- und Verdauungsbeschwerden consultirte, eine ganz colossale linksseitige Hernia diaphragmatica. Die linke Lunge war bis über die 4. Rippe, das Herz nach der rechten Seite verdrängt. Den ganzen unteren Theil des Thoraxraumes füllte der Magen und andere Baucheingeweide aus. Auf die Diagnose führte einmal die Anamnese und dann ein eigenthümlich plätscherndes, glucksendes Geräusch, welches bei der Succussion und bei jeder lebhafteren Bewegung von dem Pat. sowohl, wie von dem Untersucher deutlich wahrgenommen wurde. Die Lunge war normal, früher nie erkrankt gewesen. Pat. erzählte mit aller Bestimmtheit, dass er dies Geräusch erst bemerkt habe, seit ihm vor ca. 10 Jahren ein schwerer Baumstamm auf den Rücken gefallen sei. Als Spuren dieser Verletzung liess sich eine winklig geheilte Fractur des 3. Lendenwirbels und beiderseitige Subluxation der Sacro-Iliacal. Synchondrosen noch nachweisen. Nach langem Krankenlager hatte er sich soweit erholt, dass er selbst schwere Feldarbeiten wieder verrichten konnte. Ueber Verdauungsstörungen klagte er erst seit einigen Monaten. Trotz der ärztlichen Behandlung verschlechterte sich sein Zustand sehr erheblich, er magerte ab, wurde schwächer und starb ganz plötzlich an einer Magenblutung. Bei der Section fand sich im Abdomen nur ein kleiner Theil der Intestina; der Magen bis zum Pylorus, ein Theil der Därme und die Milz lagen in der linken Brusthöhle, die mit der Bauchhöhle eine grosse, gemeinschaftliche Höhle bildete. Von der linken Hälfte des Zwerchfells waren nur kleine, der Basis des Thorax adhärirende Reste übrig. Da das Duodenum an der rechten Seite durch seine Ligamente fixirt war, konnte es dem Zug des dislocirten Magens nicht genügend folgen und zog sich straff gespannt gegen den Pylorus hin; in seinem oberen Theil sass ein 5 frankgrosses Geschwür, welches in der Mitte perforirt und jedenfalls zu tödtlicher Blutung geführt hatte. Eine genauere Untersuchung des Präparats (ob carcinomatöses Geschwür?) konnte nicht vorgenommen werden. **Schädel** (Berlin).

J. Hofmokl. Ueber Callusbildung.

(Wiener Medicinische Jahrbücher 1874.)

H. studirte die Callusentwickelung an Thieren (Kaninchen, Ratten, Katzen) und an Menschen.

Bezüglich der physiologischen Entwickelung des normalen Knochens hebt H. hervor:

1) Die bei der Entwickelung des Knochens aus den Knorpelzellen entstehenden Markzellen tragen in ihrer weiteren Metamorphose zur Knochenbildung bei.

2) Die Knorpelzellhöhlen sammt ihrem Inhalte werden zu Markräumen.

3) Die primäre Ablagerung der Knochenerde an den ersten Verkalkungspuncten erfolgt ohne deutlich ausgesprochene Gefässentwickelung.

4) Die Bildung des endochondralen Knochens erfolgt nur wenig früher, als die periostale.

Die normale Bildung des Callus geschieht histologisch nach dem Schema der physiologischen Knochenentwickelung. Wie bereits bekannt participiren Periost, Knochenmark, Knochen und die benachbarten Weichtheile an der Callusbildung und zwar im Anfang besonders das Periost, während im späteren Stadium der Knochen vorzugsweise in den Vordergrund tritt. Der periostalen Knochenbildung geht starke Gefässneubildung mit Verkalkung des neugebildeten Knorpels voraus. Die Knochenzellen nehmen an der Callusbildung wesentlichen Antheil, indem sie sich vergrössern, vermehren und so primäre Markräume mit Markzellen bilden. Die Knochenbildung geht stets vom Rande eines Markraumes aus, gleichviel ob er eine Gefässschlinge besitzt, oder nicht.

Bezüglich der Ausdehnung des Periostcallus ist zu bemerken, dass derselbe gewöhnlich von der Bruchstelle an weiter reicht, als der Markcallus.

Tillmanns (Leipzig).

Derselbe. Lithiasis. — Carcin. medullare penis.

(Wiener med. Presse 1875. No. 15.)

H. entfernte bei einem 76jährigen Patienten einen ziemlich grossen harnsauren Stein durch die Lithotomie nach Thom. Teale. Stumpfe Dilatation des Sphincters und der Prostata. Leichte Extraction. Heilung ohne Zwischenfälle.

An einem 52jährigen, seit seiner Jugend mit Phimose behaftet gewesenen Patienten entfernte H. ein seit etwa $^3/_4$ Jahren bestehendes Carcinom des Penis mit dem Messer. Die Anlegung der Esmarch'schen Schlinge verhinderte eine stärkere Blutung. Rasches, continuirliches Recidiv. Die zweite Operation, galvanocaustisch ausgeführt, hatte am zehnten Tage darnach Pyämie zur Folge und Exit. lethalis.

Fr. Steiner (Wien).

Calmeil. Hypertrophie de la lèvre antérieure du col utérin.

(Séance de la société de chirurgie 1874. Dec. 16.)

C. fand bei einer eben gebärenden Frau einen fleischigen, weichen Tumor in der Scheide; darüber lag der Kopf des Foetus. Die Entbindung des letzteren erfolgte rasch; es blieb aber ein kindskopfgrosser Tumor in der Scheide zurück, mit einem dicken, zum Uterus hin sich fortsetzenden Stile. C. entfernte in wiederholten Sitzungen den Tumor sammt dem Stiele durch Abbinden mit starken Fäden und dem Schlingenschnürer. Auf dem Durchschnitte zeigte sich der Tumor als solide Masse, von Schleimhaut überzogen, die dem unterliegenden Gewebe fest adhärirte, ein stark vaskularisirtes Fibrom. Das lab. uterin., wo er sich inserirte, war geschwollen.

Blot hält den Tumor für eine hypertrophirte und oedematöse vordere Muttermundslippe. In einem Falle sah er bei einer Gebärenden auch einen solchen Tumor in der Scheide, der aber sodann allmälig atrophirte, so dass 1 Monat nach der Entbindung nichts mehr von ihm da war. Bl. meint, C. hätte auch in seinem Falle zuwarten sollen, da überdies Operationen in der Puerperalperiode gefährlich seien.

Verneuil theilt Blot's Ansicht; er sah den angeblichen Polypen, der sicherlich kein solcher war. Bei der Section einer während des Gebärens verstorbenen Frau, fand er einmal einen enormen derartigen Tumor, ebenfalls eine Hypertrophie der vorderen Muttermundslippe darstellend.

Fr. Steiner (Wien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 27. **Sonnabend, den 3. Juli.** **1875.**

Zur Lehre von den Granulationskrankheiten.

Von

Prof. **W. Roser** in Marburg.

Bei der sogenannten Narbenzusammenziehung sind zwei wichtige Erscheinungen wohl zu unterscheiden, die atrophische Verdichtung des jungen Bindegewebes, wodurch die Hautränder angezogen werden, und die Atrophie der oberflächlichen Capillar-Gefässe, welche beim Heilen zum völligen Schwund gelangen. Diese beiden Atrophie-Processe müssen einander entsprechen, sie müssen parallel mit einander verlaufen, wenn die Vernarbung ihren regelmässigen Gang gehen soll. Entsprechen die beiden Atrophie-Processe einander nicht, so ist der Heilungsprocess mehr oder weniger gestört.

Tritt z. B. die Verdichtung und Schrumpfung des jungen Bindegewebes verhältnissweise früher und in grösserem Umfang auf, als die Atrophie der obersten Capillarschicht, so kann eine ganze Reihe von Störungen daraus hervorgehen, namentlich kann die Blutzufuhr

und Blutrückfuhr in den Granulations-Capillaren dadurch leiden und es kann somit eine Stase oder Anämie, Ischämie, Atrophie, Nekrose u. s. w. der Granulations-Capillaren hierdurch bedingt sein.

Wohl die auffallendste unter diesen Erscheinungen ist die durch Narbenzusammenziehung verursachte Granulations-Nekrose. Seit vielen Jahren bin ich gewohnt, diese Art von Granulationszerstörung unter dem Namen »gutartiger Granulationsbrand« klinisch zu demonstriren. Die Gelegenheit dazu kommt wohl jeden Monat einmal vor. Wichtig ist zwar die Sache nur in sofern, als leicht eine falsche Diagnose, z. B. auf Nosokomial-Gangrän, dabei gemacht werden kann, aber sehr interessant war mir immer die Aetiologie, sofern sich kaum daran zweifeln lässt, dass bei den Fällen dieser Art eine Schrumpfung der jungen Bindegewebeschicht, welche hinter den eigentlichen Granulationen liegt, den Granulationscapillaren die Zufuhr abschneidet und sie dadurch zum Absterben bringt.

Die Erscheinungen sind folgende: eine Wunde, die im besten Heilen begriffen ist, z. B. eine im Verkleinern begriffene Wunde nach Amputation der Brust, zeigt auf einmal missfarbene Stellen an der Granulationsfläche; eine graugelbliche oder bräunliche auch wohl dunkelbraune Entfärbung geht dem Zerfall der betroffenen Granulationstheile voraus; nach ein paar Tagen sind die kranken Granulationstheile verschwunden, der Detritus derselben ist mit dem Eiter weggegangen, neue Granulationen wachsen nach, die Heilung schreitet weiter und die anfangs gefährlich aussehende Erscheinung ist ohne alle unangenehme Folgen, ohne Fieber, ohne Schmerz, ohne Schaden vorübergegangen.

Da diese Art der Granulationsgangrän nur im Stadium der Verschrumpfung einer granulirenden Wunde beobachtet wird und da auch die Erscheinungen keine andern sind, als man sie bei aufgehobener Blutzufuhr erwarten kann, so scheint mir die Theorie vollkommen gerechtfertigt, wonach eine Zusammenschnürung der Gefässe, welche durch das schrumpfende Bindegewebe zu den Granulationen hingehen, als Ursache solcher Granulationsgangrän betrachtet werden muss.

Bis jetzt ist diese Art der acuten Granulationsgangrän wohl noch nirgends zur Besprechung gekommen. Sollte Jemand von den Fachgenossen eine andere Theorie derselben aufzustellen haben, so wäre die Veröffentlichung derselben wohl recht wünschenswerth.

Woroschiloff. Der Verlauf der motorischen und sensiblen Bahnen durch das Lendenmark des Kaninchen.

Mit 11 Holzschnitten und 17 Lichtdrucken.

(Aus dem physiologischen Institute zu Leipzig. Bericht der mathem.-physischen Classe der Königl. Gesellschaft der Wissenschaften zu Leipzig 1874.)

Nach den Erfahrungen von Miescher und Nawrocki verlaufen sensible Fortsetzungen des n. ischiadicus innerhalb des Lendenmarkes ausschliesslich durch die Seitenstränge zu den reflecto-

rischen Gefässcentren der med. oblongata. Es blieb zu erörtern, ob auf demselben Wege auch diejenigen Fasern verlaufen, welche Reflexe in den Skelet- und Hautmuskeln hervorrufen. Von Dittmar war ferner bewiesen worden, dass die verengenden Gefässnerven durch die Seitenstränge aus dem verlängerten Mark in die vorderen Nervenwurzeln übergehen. Auch hier fragte es sich, ob sich alle Fasern der vordern Wurzeln in diesen Bahnen vereint vorfinden. Um die Beobachtungen der genannten Forscher nach der angegebenen Richtung zu vervollständigen, hat Verf. unter Ludwig's Leitung ausgedehnte Untersuchungen angestellt. —

Es wurden 2 verschiedene Wege der Untersuchung eingeschlagen. Anfangs wandte W. eine unvollkommene Vergiftung der Kaninchen durch Curare an; während des Höhestadiums derselben, wo das Thier eine äusserst geringe Beweglichkeit besass, wurde dann die Durchschneidung des Markes ausgeführt. War diese geschehen und die Wunde vernäht, so wurde die künstliche Athmung so lange fortgesetzt, bis das Thier wieder seine volle Beweglichkeit erlangt hatte; bei schwacher Vergiftung sind hierzu mindestens 2 Stunden nothwendig. Da aber bei diesem Verfahren bald die Muskeln der Extremitäten, bald auch die des Rumpfes auch nach scheinbar vollkommener Wiederkehr der Beweglichkeit in ein Zittern gerathen und hierdurch die Erfolge der Reizung mit mancherlei Unsicherheiten behaftet sind, so operirte Verf. schliesslich nur an unvergifteten Thieren, deren unterster Brust- und oberster Lendenwirbel mittelst zwei an einem Stativ befestigter Zangen (cf. Original) fixirt war. Ein sehr sinnreicher Apparat mit Schutzmessern (cf. Original) erlaubte mit grosser Genauigkeit das Mark an einer bestimmten Stelle und bis zu einer bestimmten Grenze zu zerstören, nachdem mittelst eines kleinen Trepans und einer feinen Knochenzange der Wirbelbogen entfernt und die harte Hirnhaut mit einem feinen, scharfen Messer durchschnitten war. —

Nach sorgfältiger Verschliessung der Wunde durch die Naht wurden entweder sogleich oder auch nach 1 Stunde functionelle Prüfungen am Thiere vorgenommen. Zur Ermittelung der noch vorhandenen Leitungsfähigkeit bediente sich W. der Erregung sensibler Flächen unter Beobachtung der hierdurch ausgelösten Bewegungen, ferner des Verhaltens der Gliedmassen beim Sitzen und Laufen und endlich jener Bewegungen, welche am Körper, namentlich aber in den Beinen eintraten, während das unter dem Calamus scriptorius durchschnittene Mark tetanisch gereizt wurde. Als Reizmittel diente der Inductionsstrom und der Druck mit den Fingern. — Nach dem Tode des Versuchsthieres wurde ein grösseres Stück des Marks oberhalb und unterhalb der operirten Stelle exstirpirt, in Alkohol und 2% chroms. Ammoniak gehärtet, in Paraffin eingebettet und nach mikroskopischer Untersuchung von demjenigen Schnitt eine photographische Aufnahme bei etwa 25facher Vergrösserung gemacht, an welchem sich die geringste Masse des Marks erhalten zeigte. —

Verf. kam zu folgenden höchst interessanten Resultaten:

I. Die weissen Hinter- und Vorderstränge und die ganze graue Masse können quer durchschnitten werden, ohne dass eine sichtbare Alteration in dem reflectorischen Zusammenhange zwischen der unteren und der oberen Körpermasse, oder eine Störung im Sitzen, Laufen und Springen eintritt (Taf. I—V). Somit sind in den weissen Hinter- und Vordersträngen, ebenso wie in der grauen Masse keine Leitungsbahnen enthalten, welche den functionellen Zusammenhang des Hirnes mit den aus dem Rückenmark entspringenden Nerven bedingen. — Im Gegensatz zu den langen — den Hirn-Rückenmarksbahnen — enthalten jene Theile dagegen kurze Verbindungswege, durch welche die einzelnen in nächster Nähe von einander entspringenden Nervenwurzeln mit einander verknüpft sind. Denn wenn man Durchschneidungen der hinteren und vorderen weissen Stränge im Bereich der unteren Lendenwirbel vornimmt, so hört die Bewegung der Beine ganz auf. —

II. Dass in der That in den Seitensträngen die sensibeln und motorischen Bahnen von den Wurzeln aus zum Hirn emporsteigen und dass der Seitenstrang einer jeden Markhälfte Reflex und Bewegung erzeugende (sensible und motorische) Fasern für beide Beine führt, dafür sprechen die weiteren Beobachtungen, welche sich fanden, wenn alle Theile des Markes mit Ausnahme des weitaus grössten Theiles eines der beiden Seitenstränge zerstört wurden (cf. Original). —

III. Bezüglich der Anordnung der motorischen und sensiblen Bahnen hat Verf. festgestellt, dass in allen Theilen des Seitenstranges neben den sensiblen auch motorishe Bahnen anzutreffen sind. Beide sind also, soweit die Zergliederung des Seitenstranges ein Urtheil gestattete, durchweg gemischt vorhanden. — Sensible und motorische Fasern für die beiden Beine sind in jedem einzelnen der beiden Seitenstränge vorhanden. —

Bezüglich des Verlaufs der sensiblen Fasern ist zu bemerken, dass in dem ungleichnamigen Seitenstrang Fasern verlaufen, welche die Muskeln des Vorderkörpers zu stärkeren Reflexen veranlassen, als diejenigen, welche im gleichnamigen Seitenstrang emporsteigen (gekreuzte Hyperaesthesie). — Die motorischen Fasern sind ebenfalls nicht an allen Stellen von gleicher Leistungsfähigkeit. (Die genaueren Resultate siehe im Original, p. 282 u. 285 etc.)

IV. An die letzteren Versuchsreihen, in welchen das Mark von hinten nach vorne zergliedert wurde, schliessen sich nun andere an, in welchen die Zerlegung von rechts nach links geschah. — Aus den hier constatirten Befunden betonen wir, dass an diejenige Abtheilung, welche zwischen den seitlichen Hervorragungen der grauen

Masse eingeschlossen ist, sich die Befähigung knüpft, coordinirte Bewegungen zu übertragen und die allzu grosse Empfindlichkeit der sensiblen Nerven etwas niederzuhalten. —

Die Bahnen für die Muskeln des Unterschenkels und des Fusses liegen weiter nach dem seitlichen Umfange der Seitenstränge, die des Oberschenkels dagegen mehr gegen die Mitte hin.

Von besonderem Interesse ist es, dass man sowohl in der Richtung von vorn nach hinten, als auch in der von rechts nach links grössere Stücke des Seitenstranges entfernen kann, ohne dass die Functionen der sensiblen und motorischen Theile des Beines leiden. Ist die Beobachtung richtig, so muss man hiernach annehmen, dass derselbe Muskel, oder dieselbe Hautfläche schon innerhalb des Rückenmarks an verschiedenen Stellen ihre »Vertretung finden«.

V. Um über den anatomischen Bau der Seitenstränge Aufschluss zu erhalten, verglich W. die Flächenmaasse der einzelnen Rückenmarksstränge auf verschiedenen Höhen sowohl unter einander, als auch mit dem Flächeninhalt der Wurzelquerschnitte. Es ergiebt sich, dass die Seitenstränge von unten nach oben gerade so wachsen, als ob sie in ihrer Masse eine gewisse Anzahl von Fasern aus jedem neu hinzukommenden Nerven sammelten und dem Gehirn zuführten. —

Die Entscheidung, ob und in wie weit der Faserverlauf im menschlichen Rückenmark mit dem des Kaninchens übereinstimmt, muss klinischen und pathol.-anatom. Studien vorbehalten bleiben. — **Tillmanns** (Leipzig).

Brodowski (Warschau). Ueber den Ursprung sogenannter Riesenzellen und über Tuberkel im Allgemeinen.

(Virch. Archiv Bd. LXIII. p. 113.)

Die Beobachtung, dass sogen. Riesenzellen neben ausgebildeten Capillargefässen und anderen kleinen Blutgefässen liegen, berechtigt noch nicht dazu, sie als einfache Auswüchse derselben darzustellen, als entstanden in Folge der Proliferation der die Gefässwand zusammensetzenden Zellen. Nicht von den Wänden alter oder neuer bereits vollkommen ausgebildeter Blutgefässe, sondern von den Keimen neuer Blutgefässe nimmt der grösste Theil der Riesenzellen seinen Ursprung. Neben den sogen. Riesenzellen finden sich sowohl in Tuberkeln als in anderen pathologischen Gebilden »kleine« Riesenzellen; in der Reaction gegen Farbstoffe, in der Anordnung der Kerne mit jenen übereinstimmende, an Umfang und Zartheit der Structur abweichende Gebilde der verschiedensten Form. Zwischen beiden Arten sind die mannigfaltigsten Uebergangsformen bemerkbar, die Entwickelung der Einen aus den Andern unterliegt keinem Zweifel. Der Zusammenhang zwischen den kleinen Riesenzellen und capillären Blutgefässen lässt sich in Form von protoplasmatischen Brücken, deren Anfänge von den Blutgefässen aus zu injiciren gelingt, nachweisen. Die Bil-

dung der Riesenzellen ist abzuleiten von einer anormalen productiven Thätigkeit der Blutgefässe. Abnorm ist die Hypertrophie einiger Theile der protoplasmatischen Keime, die Bildung einer ungewöhnlich grossen Anzahl von Kernen, abnorm der Stillstand in der weitern Entwickelung. So erklärt sich leicht die Lagerung der zahlreichen Kerne an der Peripherie, die Bildung der durchsichtigen blasenförmigen Gebilde inmitten der Zellen, die nicht selten zu beobachtende Anwesenheit von Blutzellen oder Pigment. Vielleicht geben nebenbei auch Keime von Lymphgefässen, deren Entwickelung von der der Blutgefässe sich nicht wesentlich unterscheidet, den genannten Gebilden den Ursprung.

Verf. schlägt vor, die protoplasmatischen Gebilde, denen die Keime neuer Blutgefässe den Ursprung geben, Angioblasten (riesenartige, missgestaltete etc. etc.) zu nennen.

Der Tuberkel ist nach Br.'s Meinung nur eine Modification des Granulationsgewebes. Zwischen dem gewöhnlichen Granulationsgewebe und den in neuester Zeit als Tuberkel bezeichneten Gebilden besteht ein Unterschied nur darin, dass in letzteren die Stelle von fertigen Blutgefässen mehr oder weniger missgebildete Keime derselben, d. h. entweder nur riesenhafte oder sogar nur netzförmige Angioblasten, einnehmen. Das Granulationsgewebe liefert ja auch bekanntlich den geeignetsten Boden für die Entstehung dieser Neubildung. Verf. schlägt als anatomischen Namen für Tuberkel Granuloma giganto-angioblasticum vor. Der Tuberkel ist danach als kleinheerdige Entzündung aufzufassen. **Madelung** (Bonn).

J. Hirschberg. Die mathematischen Grundlagen der medicinischen Statistik.

Leipzig, **Veit & Comp.**, 1874. 8. 94 Seiten.

Abgesehen von der reinen Mathematik erfreuen sich unsere gesammten naturwissenschaftlichen Kenntnisse nur eines mehr oder minder hohen Grades von Wahrscheinlichkeit, die allerdings in der Physik und Chemie mit der Gewissheit nahezu zusammenfällt. Dies gilt namentlich für die aus pathologischen und therapeutischen Beobachtungsreihen abgeleiteten Resultate (medicinische Statistik), da hier die Zählungen oder Beobachtungen, aus denen man Schlüsse ziehen will, niemals vollständig beendigt, sondern immer nur zu einem kleinen Theile durchgeführt werden können. Ueber diese Unvollkommenheit hilft uns zum Theil die Wahrscheinlichkeitsrechnung hinweg. Sie kann und soll uns zeigen, wie weit in der Medicin die Beobachtungen auszudehnen sind, damit die Resultate auf allgemeinere Gültigkeit Anspruch haben, und welchen Grad von Genauigkeit die gewöhnlich publicirten Beobachtungsreihen besitzen.

Auf Grund dieses Raisonnements giebt nun H. im I. Abschnitt einen elementaren, verständlichen Abriss der Wahrscheinlich-

keitsrechnung für Mediciner und erörtert darin an zahlreichen arithmetischen Beispielen die Wahrscheinlichkeit aus Gründen oder a priori und diejenige aus Beobachtungen oder a posteriori, die absolute und relative, die einfache und zusammengesetzte Wahrscheinlichkeit (mehrerer Ereignisse), und die mathematische Hoffnung.

Der II. Abschnitt behandelt die Grundzüge der medicinischen Statistik und enthält den ausführlichen Beweis der beiden Hauptsätze derselben. Der erste Satz, das Bernouilli'sche Gesetz der grossen Zahlen, welches nach A. Fick zu den bemerkenswerthesten und allgemeinsten Wahrheiten zu rechnen ist, die bis jetzt vom menschlichen Geist mit Sicherheit erkannt sind, besagt, dass man durch genügend oft wiederholte Versuche, wenn nur 2 Ereignisse A und B möglich sind, die wirkliche Wahrscheinlichkeit von A innerhalb gewisser Grenzen mit einer der Sicherheit beliebig angenäherten Wahrscheinlichkeit auffinden kann. Der Beweis beruht auf den Eigenschaften des Binoms. — Der zweite Lehrsatz lautet: Hat man in einer grösseren Reihe von vergleichbaren Fällen statistisch ermittelt, wie oft ein bestimmtes Ereigniss (z. B. der tödtliche Ausgang bei einer bestimmten Krankheit) eingetreten ist und wie oft nicht, so kann man mittelst der durch diese Statistik gelieferten Zahlen immer den möglichen Fehler des Beobachtungsresultates berechnen, d. h. feststellen, um wieviel sich die beobachtete Frequenzzahl des Ereignisses von seiner wirklichen Chance unterscheiden kann.

Zum Schluss behandelt H. die Schlussfolgerungen, welche aus dem Vergleich von 2 Statistiken desselben Ereignisses mittelst der Wahrscheinlichkeitsrechnung sich abstrahiren lassen, und besonders die therapeutische Statistik, unter Zugrundelegung eines Vergleiches zwischen der v. Gräfe'schen Linearextraction des Staars und dem älteren Lappenschnitt.

Arn. Hiller (Berlin).

Budin et Coyne. Recherches cliniques et expérimentales sur l'état de la pupille pendant l'anesthésie chirurgicale produite par le chloroforme.

(Arch. de physiologie 1875. p. 61—101.)

Die experimentellen Untersuchungen an Hunden und die klinischen Beobachtungen der Verf. haben zu nicht unwichtigen Resultaten geführt, die sich in folgende Puncte zusammenfassen lassen. Während der Periode, in der noch Reactionen erfolgen, ist die Pupille erweitert; ist diese Periode vorüber, so verengt sich die Pupille mehr und mehr, bleibt aber im Uebrigen auf Reize reflectorisch erregbar. Während der tiefsten Anästhesie ist die Pupille ad maximum verengt und absolut unbeweglich. Es besteht so eine innige Beziehung zwischen der vollständigen Anästhesie und Verengerung nebst Unbeweglichkeit der Pupille, ebenso wie zwischen der Rückkehr zur Sensibilität und der Erweiterung und Reflexreactionsfähigkeit der Pupille.

Mithin giebt das Verhalten der Pupille bei Chloroforminhalation den besten Anhalt für die Beurtheilung, ob tiefe Anästhesie besteht oder nicht. Erweitert sich während der Operation die Pupille allmälig, so ist das ein Zeichen, dass die Anästhesie nicht genügend tief ist und dass die Rückkehr zur Sensibilität nahe bevorsteht. Will man daher den Pat. vollständig anästhetisch und analgetisch machen, so muss man die Chloroforminhalation so weit treiben, dass die Pupille constant eng und unbeweglich bleibt. Brechbewegungen können eine Erweiterung der Pupille erzeugen und zugleich die Anästhesie verschwinden machen. Dagegen giebt der Zustand der Pupille keinen Fingerzeig für drohende Asphyxie oder Paralyse; es überhebt daher die Beobachtung der Pupille keineswegs von der sorgsamen Ueberwachung des Pulses, der Respiration und des Allgemeinzustandes, aus deren anormalem Verhalten einzig und allein drohende Zufälle erschlossen werden können.

J. Munk (Strassburg i/E.).

London. Mittheilungen aus den Leprösen Hütten »Biut et Massakin« in Jerusalem.

(Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 13 u. 14.)

Verf. beschreibt einen Fall von »Lepra anaesthetica, complicirt mit Myoatrophie und Motilitätsparalyse und nachheriger Knotenbildung«. Zuerst tritt zufällig entdeckte Empfindungslosigkeit auf an einzelnen Stellen, dann zeigen sich Blasen, hirsekorn- bis erbsengross, die aufgestochen gelbe, klare Flüssigkeit entleeren; die Blasen heilen dann glatt oder mit feiner Narbe. Furchen zwischen den Metakarpen, Contracturen der Finger folgen, die Haare an Armen und Unterschenkeln fallen aus, die Transpiration hört am Unterschenkel und Fuss auf. Septum narium schwindet, in Haut von Armen, Wangen etc. entwickeln sich Knoten, Augenbrauen fallen aus. Musculatur stellenweis stark geschwunden, ebenso der Panniculus adiposus. Fingerspitzen kolbig verdickt; am nervus ulnaris in der Gegend des Cond. intern. zwei Verdickungen zu fühlen. Oberhaut an Fuss und Unterschenkel wegen Sclerosirung des Unterhautgewebes wenig verschiebbar. Entwickelungsdauer der Krankheit vier Jahre. — In anderen Fällen immer früher die Characteristica für Lepra cutanea (sive maculosa, s. tuberculosa) entwickelt, und zwar symmetrisch auf beiden Extremitäten Francgrosse, glatte, theilweise über das Niveau prominirende, hell- oder dunkelrothe Flecke, aus denen sich höher oder tiefer sitzende, kleinere oder grössere Knoten entwickeln. Später werden auch Schleimhäute von solchen Knoten afficirt. Die mit der Lepra cutanea histologisch verwandte Lepra nervorum entwickelt sich, indem zuerst bei febriler Bewegung Hyperästhesie auftritt, der später Anästhesie folgt; symmetrisch entwickeln sich Pemphigusblasen mit serös-eitrigem Inhalt, theils vernarbend, theils ulcerirend. Es folgt Muskelatrophie an Händen, Armen und im Gesicht. Im Stadium der Anästhesie entwickeln sich Gangränescenzen, Exfoliation von einzelnen Finger- oder

Zehengliedern, sehr selten von ganzen Fingern, nie von Extremitäten. Fiel ein Zwischenglied aus, so restringirt sich das Nagelglied auf den Stumpf. Bei histologischer Untersuchung finden sich im Corium und subcutanen Bindegewebe, besonders deutlich im Umfang der zu Grunde gegangenen Haarbälge, isolirt oder heerdartig gruppirt runde kernhaltige Zellen, grössere runde Kerne, spindelförmige Elemente und spärliche Intercellularsubstanz, welche sich auf Zusatz von Essigsäure trübt. Die Zellen sind morphologisch den entzündlichen Proliferationen des Bindegewebes ähnlich. — Aetiologisch ist das Hereditäre der Lepra zu erwähnen; contagiös ist sie nicht. Die Gegenden Palästinas, in denen Lepra einheimisch ist, sind auch von Intermittens geplagt. Die Therapie bis jetzt völlig erfolglos.

v. Mosengeil (Bonn).

C. J. Eberth. Untersuchungen über Bacterien.

(Virch. Archiv Bd. LXII. p. 464.)

Im ungefärbten sowohl, wie im blauen und rothen Schweiss kommen Bacterien in sehr grosser Zahl vor. Diejenigen des blauen Schweisses können, wie dies von denen des blauen Eiters bereits dargethan ist, bei Körpertemperatur gezüchtet werden und findet dabei eine Production des Farbstoffes statt. **Madelung** (Bonn).

A. Després. Les variétés de siége des abscès métastatiques dans l'infection purulente.

(Bulletin de l'académie de médecine 1875. No. 11.)

Verf. glaubt, dass ausser den auf embolischem Wege erzeugten metastatischen Herden in Lungen und Leber die mannigfachen pyämischen Abscesse in inneren Organen mit einer Prädisposition dieser Organe für entzündliche Erkrankungen in Zusammenhang stehen, bedingt einestheils durch voraufgegangene Krankheiten, anderntheils durch schädliche Einflüsse der Lebensweise. So finde man Leberabscesse bei Potatoren, Milzabscesse bei Malariakranken, metastatische Gelenkvereiterungen bei Rheumatikern. **Arn. Hiller** (Berlin).

Th. Kocher. Die Analogieen von Schulter- und Hüftgelenkluxationen und ihrer Repositionsmethoden.

(Sammlung klinischer Vorträge. No. 83.)

Verfasser will nicht bei der auf Aetiologie begründeten Therapie stehen bleiben, will das sogenannte physiologische Repositionsverfahren, die luxirten Gelenkenden auf demselben Wege zurückzubringen, auf dem sie auseinander gewichen, durch ein »anatomisches« ersetzen. Von vielen Luxationen weiss man nicht, wie sie entstanden, noch lassen sich an der Leiche experimentell dieselben Arten darstellen.

Bigelow hat nachgewiesen, dass der bestimmende Factor für Stellung des Schenkels, sowie das wesentliche Repositionshinderniss im Lig. ileo-femorale liegt. Es zerreisst so selten, dass B. die mit Zerreissung complicirten Luxationen als »unregelmässige« den anderen »regelmässigen« gegenüberstellt. Am Schultergelenk ist das Lig. coraco-humerale von analoger Dignität, auch wie jenes von verkehrt Y-förmiger Gestalt. Die Analogie räumlicher Verschiebung bei Hüft- und Schultergelenkluxationen wird durch einige Differenzen im Bau der Gelenke beeinträchtigt: zur Bildung der Pfanne des Schultergelenks concurriren zwei Knochen (os coracoides und scapula), bei der Hüfte tritt zu dem den genannten entsprechenden os pubis und os ilei noch das os ischii hinzu. Es kann an der Schulter der Kopf beliebig weit nach unten und vorn medianwärts rutschen, an der Hüfte hemmt der ringsgeschlossene Knochenrahmen. An der Schulter aber sind wegen des Acromialgewölbes (Acromion und lig. acromio-coracoideum) Luxationen nach oben oder oben und vorn unmöglich.

Das Schema der Luxationen ist demnach folgendes:

		Schulter.	Hüfte.
a. Lux. praeglenoidea (nach vorn)	1 superior.	fehlt	ilio-pubica.
	2 inferior.	subcoracoidea	obturatoria.
b. Lux. infraglenoidea (nach unten)	3.	axillaris	infracotyloidea.
c. Lux. retroglenoidea (nach unten)	4 inferior.	infraspinata	ischiadica.
	5 superior.	subacromialis	iliaca.
d. Lux. supraglenoidea (nach oben)	6.	fehlt.	supracotyloidea.

Diese Luxationen haben bei unversehrtem Y-Lig. dieselben Stellungen; Unregelmässigkeiten sind stets durch Zerreissungen der Ligg. bedingt.

1. Lux. praeglenoidea sup. sive ileo-pubica (ohne Analogon an der Schulter). Drei Varietäten, je nachdem der Kopf am Schambein Halt macht, über dasselbe steigt oder nach oben und aussen bis unter Spina ant. inf. geht. Bei allen ist die Kapsel vorn zerrissen, lig. ileo-femorale geht stark gespannt über den Schenkelhals. (Es folgt hier ein interessanter Obductionsbericht.) Von Bigelow's sechs Repositionsmethoden hierfür sind einige mechanisch unausführbar, und empfiehlt Verf. als Normalverfahren: Zug in der gegebenen Stellung (Extension und Auswärtsrollung), Druck auf den Schenkelkopf von oben her, Flexion zur Erschlaffung des lig. ileo-fem. und eventuell, falls der Druck auf den Kopf nicht zur Reposition genügt, Rotation nach innen.

2. Lux. praeglenoidea inf. (obturatoria an der Hüfte, subcoracoidea an der Schulter). Diese haben ihren Kapselriss am unteren vorderen Umfang der Kapsel; obere Kapselpartie und Ligament sehr stark gespannt. Gegenüber anderen Ansichten will Verf. diese Lux.

besonders von der Ruhestellung des Gliedes aus zu Stande kommen lassen. Sectionsbefunde bei Lux. obturatoria nur angenügend; experimentell ist Lux. obtur. herstellbar. Es lässt sich Lux. pubica vermeiden, wenn die vordere Kapselwand unzerrissen bleibt, die ischiadica, wenn jede Einwärtsrollung vermieden wird. Normalreduction besteht in Flexion bis zum rechten Winkel, Zug und starke Auswärtsrollung. Bei Lux. subcoracoidea beweisen zahlreiche Autopsieen und Präparate: Kapselriss am vorderen, unteren Umfang, bis unter musc. subscapularis gehend, dessen untere Fasern eingerissen sind, bisweilen Tuberc. majus abgerissen; vorderer Schenkel des Lig. coraco-humerale straff gespannt (bei der irregulären Lux. infraclavicularis zerrissen). Zur Normalreduction wird zuerst Schinzinger's Auswärtsrotation, dann Flexion (Elevation in sagittaler Richtung) in schwacher Abduction empfohlen, wonach durch Einwärtsrollen und Strecken die Reposition erfolgt. Durch dies Rotation-Flexionsmanöver, das von mehreren Chirurgen (besonders Lücke) lobend anerkannt wird, sind glückliche Repositionen auch alter Lux. bewirkt.

3. Lux. infraglenoidea. Bei der Lux. infragl. coxae bald Ein-, bald Auswärtsrollung, stets mit starker Flexion wegen Spannung des Lig. — Reposition erfolgt meist durch Zug in der gegebenen Stellung. Als Methode ist zu nennen: starke Flexion, dann Zug bei Abduction und etwas Auswärtsrollung. — Die Lux. axillaris, nach Malgaigne so selten, soll nach Pitha's irriger Ansicht der subcoracoidea meist vorausgehen. Kapselriss vom unteren Rande des subscapularis unten herum bis zu den Teresmuskeln laufend; Kapsel meist am Kopfe abgerissen; der Kopf dreht sich auf der kleinen Facies subglenoidea der Scapula. Lig. coraco-humerale stark gespannt, bedingt Abductionsstellung. Reposition durch Elevation, Zug und Auswärtsrollung.

4. Lux. retroglenoidea inferior umfasst die infraspinata und ischiadica. Bei L. ischiadica Kapselriss am untern Umfang, Flexion und Einwärtsrollung ausgesprochener, als bei der iliaca. Besonders innerer Schenkel des Lig. ileo-fem. stark gespannt, Kapselwand, hinten nicht zerrissen, hindert das Höhertreten des Kopfes. Reposition durch Einwärtsrollen, Flexion bis zum rechten Winkel, Zug und Auswärtsrollen.

Die so seltene L. infraspinata ist zu reponiren durch Einwärtsrollen des Oberarms, Abduction, Zug in dieser Richtung und folgende Auswärtsrollung.

5. Lux. retroglen. superior; iliaca und subacromialis. Die L. iliaca ist die häufigste Hüftgelenkluxation. Kapselriss hinten; Kopf tritt über den Sehnen der m. obturatorii aus, falls diese nicht mit der unter ihnen liegenden Kapsel zerrissen sind. Lig. ilio-fem. besonders im äusseren Schenkel gespannt. Reposition am besten durch starke Einwärtsrotation in gegebener Adductionsstellung und Flexion, Zug in dieser Richtung und Flexion bis rechten Winkel;

durch Auswärtsrollung und Streckung geht dann der Kopf in die Pfanne. — Die L. subacromialis ist durch kräftige Einwärtsrotation in der gegebenen Flexionsstellung, Zug in dieser Richtung, dann Auswärtsrotation und Streckung zu reponiren.

6. Lux. supraglenoidea, nur an der Coxa beobachtet, kann direct entstehen und aus der iliaca hervorgehen; die genetischen Momente sind dieselben wie bei der L. iliaca, nur Auswärtsrotation statt Einwärtsrollung. Die Repositionshindernisse sind bei beiden gleich und in derselben Weise zu überwinden. **v. Mosengeil** (Bonn).

L. Lefort. Note sur un appareil pour la fracture transversale de la rotule.

(Bulletin général de thérapeutique Vol. LXXXVII.)

L.'s Vorrichtung für die Patellafractur ist der Trélat'schen sehr ähnlich. Zwei Guttaperchaplatten werden oberhalb und unterhalb der Fragmente nach genügender Erweichung in siedendem Wasser angepresst und mit einer nassen Binde fixirt. Sind die Platten vollständig erhärtet, und nach Abnahme der Bindentouren mittelst Heftpflasterstreifen befestigt, dann werden die beiden zugekehrten Ränder mit starken Kleiderhaften versehen. Es geschieht dies sehr leicht, indem man die an einer Kerzenflamme heissgemachte Haft in das Guttapercha mit Pincetten zur Hälfte hereinstösst. Wenn die Garnitur beider Ränder vollständig ist, so spannt man zwischen den Haften einen starken Kautschuckfaden, der abwechselnd von einer Platte zur anderen geht, bis alle Haften gegen einander angezogen werden.

Ohne diesen Verband ganz besondere Vorzüge zuschreiben zu wollen, hebt L. dessen Einfachheit und leichte Anlegung hervor. Die Fälle von Patellarfractur, die er damit behandelte, sind auch mit verhältnissmässig geringer Zwischenmasse geheilt.

Girard (Strassburg i/E.).

H. Thompson. Hundert Steinoperationen.

(The Lancet 1875. Vol. I. p. 466.)

Mit Rücksicht auf die vielfach citirte Statistik Martineau's (Norwich), welcher von 1804—20 unter 84 Steinschnitten nur 2 Todesfälle beklagte, giebt Th. eine Serie von 100 Operationen, welche ohne Auswahl die Fälle von Weihnachten 1872 bis heute umfassen. Er betont, dass seine Statistik mit der Martineau's nicht gut vergleichbar sei, weil der Steinschnitt im Kindesalter und dem guten Mannesalter günstig verlaufe und Martineau's Operationsreihe allein 34 Fälle unter 15 Jahren, 24 zwischen 50 und 60 Jahren und nur 12 über 60 Jahren begreife. Er berichtet, dass unter seinen 100 Operirten, unter welchen sich 4 Frauen finden, nur 4 ein Alter unter 50 Jahren, 65 aber über 60 Jahren hatten. Von den 96 Männern wurde bei 9 der

Steinschnitt gemacht, davon starben 2, ein 61 und 63jähriger Mann (die anderen standen im Alter von 36, 59 [2], 70, 75 und 79 Jahren). Bei den übrigen 87 wurde die Steinzertrümmerung gemacht, 4 starben im Alter von 61, 65, 66 und 81 Jahren.

Einmal hatte Th. das Glück unter 51 nach einander Operirten keinen Todesfall zu sehen.

(Wenn Th. auch von einem Vergleich beider Statistiken abstehen will, so führt er ihn dennoch, um seine geringe Mortalitätsziffer in das rechte Licht zu setzen, selbst durch, ohne dass Lithotomie und Lithotripsie als gleichwerthige Eingriffe angesehen werden können. Ref.) **Pilz** (Stettin).

F. W. Zahn. Ueber Präputialsteine.

(Virch. Archiv Bd. LXII. p. 464.)

Ein 52jähr. Bauer litt bei angeborener Phimose an einer derartigen Anhäufung von 14 Präputialsteinen, dass der Urin nur mit äusserster Schwierigkeit entleert werden konnte. Es entstand Cystitis und Nierenerkrankung und der Tod trat unter urämischen Erscheinungen ein. Die chemische Untersuchung der 28,5 Gr. wiegenden Steine ergab als Hauptbestandtheile harnsaure Alkalien, phosphorsauren Kalk und phosphorsaure Ammoniakmagnesia. Ihrer Natur nach sind die Präputialconcretionen in zwei Categorien zu theilen, wirkliche Steine (wie die obigen), und einfache Incrustationen des eingedickten Smegma. Die letzteren aus Epithelien, Cholestearin und Kalk bestehend sind ihrer Entstehung nach leicht erklärt. Gegen die Ansicht, als gäbe für die echten Steine etwa aus den Harnwegen gekommener Harngries den Kern ab, spricht die Thatsache, dass diese bereits bei Kindern und zwar in den ersten Lebensjahren beobachtet werden. Vielmehr scheinen die beim Fötus und Neugeborenen in der die Vorhaut und Eichel verbindenden Epithellage mehr oder minder zahlreich und gross sich findenden Epithelperlen zur Bildung dieser Präputialsteine Veranlassung geben zu können, indem sie bei verengter Präputialöffnung sich gleich Fremdkörpern verhalten und mit Harnsalzen incrustiren. **Madelung** (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

Clemens. Ueber Hauttransplantationen.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 18.)

Ein 20jähr. Mädchen fiel in einen Maischbottig, in dessen 73—74° R. heissen Maische es vollständig untertauchte. Der untere Theil des Körpers gerieht unter den 80° R. heissen Strom zufliessenden Wassers. Drei Viertheile der Körperoberfläche waren verbrüht, an den Beinen, die ihrer Epidermis völlig beraubt, war die Eiterung enorm. Trotz 7 Wochen lang dauernder starker Eiterung keine Albuminurie. Prof. Ried machte die ersten Hauttransplantationen; diese Hautstückchen wurden aber, wie auch die danach zuerst von Cl. selbst aufgelegten durch die Eiterung weggeschwemmt. Cl. bestrich nun die Wundfläche an den Beinen mit Sol. arg. nit. 1 : 30 und pflanzte danach zuerst 15 Hautstückchen mit Erfolg auf, später noch

über hundert. Er entnahm die Hautstücke von anderen Personen durch Abschneiden mit trockenem oder mit Wasser oder Oel bestrichenem Messer. Die mit befeuchtetem Messer abgeschnittenen wölbten sich durch Aufnahme des Wassers. Am besten heilten möglichst dünne, mit trockenem Messer geschnittene an, besonders, wenn der Transplantationsgrund erst mit Leinwand abgetupft worden; war er zu feucht, so wölbten sich auch hier die Hautstückchen. Ueber der Tibia legte Cl. die Hautstückchen so dicht, dass sie sich berührten. — Im prolongirten oder permanenten Wasserbad starben Hautstücke, die erst 3—4 Tage lagen, ab; lagen sie schon 8 Tage, so blieben sie zwar meist haften, aber blieben in der Entwickelung zurück und producirten viel Epidermisschuppen, ähnlich der Hautschmiere der Neugeborenen. Schliesslich theilt Verf. noch einen Fall von Anheilung eines $1^1/_2$ Cm. langen, fast 1 Cm. breiten Stückes Haut mit Nagelpartie von der Fingerspitze mit. **v. Mosengeil** (Bonn).

G. Laurent. Aneurysmen als Complication von Fracturen.

(Thèse, Paris, 1875.)

Diese 61 Seiten starke These, deren Hauptwerth in den litterarischen Erhebungen liegt — einige neuere Fälle sind übersehen — handelt auf Grundlage von 27 Beobachtungen über die Aneurysmen, welche durch Fracturen einschliesslich der Schussfracturen hervorgerufen wurden und von denen allein 17 den Unterschenkel betreffen. Nach Berücksichtigung der über diesen Gegenstand vorliegenden Arbeiten, führt Verf. sämmtliche Fälle mehr oder minder ausführlich an, schliesst daran die nichts Neues bietende Aetiologie, Symptomatologie und Diagnostik (6 mal wurde das Aneurysma für einen Abscess gehalten und punctirt), und bestätigt die unter diesen Verhältnissen langsamere Consolidation der Fractur. Im Capitel Therapie werden die einzelnen Behandlungsmethoden besprochen, die früher beliebte Amputation verworfen, in erster (?) Reihe die Ligatur des Hauptstammes, in zweiter die Digitalcompression desselben empfohlen. **Pils** (Stettin).

Jourdan. Etude sur le chloral dans le tétanos.

(Thèse, Paris, 1874.)

Miquel. Du chloral et de son emploi après les opérations chirurgicales.

(Thèse, Paris, 1874.)

Jourdan vertheidigt die Chloralbehandlung bei Tetanus; er führt einige neue Fälle von Heilung unter Anwendung dieser Behandlungsweise an. Man soll nur so früh wie möglich und gleich mit hohen (8—12 Gr.) Dosen beginnen. Am besten wäre es, wenn man das Chloralhydrat schon während des von Blair hervorgehobenen Prodromalstadium des Tetanus darreichen könnte. Verf. schliesst mit einer Verurtheilung der Oré'schen intravenösen Chloralinjection.

Die zweite Dissertation enthält nur Bekanntes. **Girard** (Strassburg i/E.).

Conrad. Zur Aetiologie der congenitalen Gelenkdifformitäten.

(Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte 1875. No. 6.)

Verf. beobachtete 3 Frauen, welche während ihrer Schwangerschaft einen abnormen Wasserabfluss aus den Genitalien gefolgt von wehenartigen Schmerzen hatten. Darauf Abnahme der Kindesbewegungen, geringe Ausdehnung des Unterleibes. Bei der Geburt fehlte das Nachwasser gänzlich, das Vorwasser war in zwei Fällen sehr spärlich, ein Mal gar nicht vorhanden. Die geborenen Kinder kamen alle 3 mit Klumpfüssen, das eine mit einer Klumphand zur Welt. Vf. ist geneigt obige congenitale Difformitäten wohl nicht direct mit der Raumbeschränkung durch Wasserabfluss, vielleicht aber mit spastischen Contractionen des Uterus in Zusammenhang zu bringen. **Girard** (Bern).

L. Letzerich. Ein Fall von Diphtherie der Impfwunden, allgemeine Diphtherie, Tod, etc.

(Virch. Archiv Bd. LXIII. p. 178.)

Bei einem 4 Monate alten gesunden Kind entwickelte sich am 13. Tag nach der Impfung in der Umgebung der Vaccinationsstelle eine erysipelatöse Schwellung, dann trat ödematöse Anschwellung des ganzen Körpers und hochgradiger Icterus ein. Petechien von Flohstich bis Linsengrösse. Am 12. Tag der Krankheit Tod. Der Sectionsbefund ergab die Veränderungen, die bei an allgemeiner Diphtherie gestorbenen Kindern gefunden werden. L. hat gefunden, dass Vaccine, welche durch Diphtherieorganismen inficirt wird, keine Vaccinepusteln zu erzeugen im Stande ist und dass so inficirte Lymphe nach der Impfung locale und mit Schnelligkeit auch allgemeine Diphtherie hervorbringt. Da in dem erwähnten Fall zur richtigen Zeit in normaler Weise Impfpusteln auftraten, so muss die zur Impfung verwandte Lymphe nicht inficirt gewesen sein und die locale Diphtherie der Impfwunden mit nachfolgender allgemeiner Diphtherie somit als ein secundärer Process aufgefasst werden.

Madelung (Bonn).

H. Knapp. Tumors of the optic nervs; removal of tumor whithout removal of eye ball.

(New York med. Journal 1875. Bd. XXI. Hft. 3. p. 283.)

Bei einer Frau, die an heftigen periodischen Schmerzen in der Orbita und der einen Seite des Kopfes litt, war seit 3 Jahren Neuro-Retinitis constatirt, Jodkalium und Quecksilber ohne Erfolg gegeben. Dann wurde eine Geschwulst an der inneren Seite des Auges erkannt, die sich mit dem Augapfel bewegte. Mit der Scheere wurde die Conjunctiva eingeschnitten und zwischen die mm. recti eingedrungen. Finger und Scheere lösten die Geschwulst, die bis zum foramen opticum reichte, aus ihrem Zusammenhang mit dem nervus opticus. Kein Muskel wurde verletzt und die Geschwulst, die ein Drittel grösser war als ein Auge, entfernt. Heilung ohne jede Eiterung. Die innere Hälfte der Conjunctiva blieb gefühllos. Das Auge selbst functionirte weiter durchaus normal. Die Geschwulst war carcinomatös, ohne eigene Scheide und umgriff den nervus opticus.

Madelung (Bonn).

Fuck. Angeborene Trennung der Speiseröhre.

(The Boston med. and surg. Journal 1875. p. 449.)

Ein anscheinend normaler neugeborener Knabe schien bald nach der Geburt viel Schleim in den Lungen zu haben, und zeigte nach einer halben Stunde bleiche Hautfarbe mit aussetzender Athmung; auf Kitzeln des Rachens wurde etwas Schleim entleert; der darauf gereichte Vin. ipecacuanae blieb ohne Wirkung, gleichwohl war in der Nacht die Athmung besser. Am folgenden Tage erbrach das Kind viel Schleim, die nächsten 2 Tage alles Genossene; die Untersuchung ergab nur Schleimrasseln in den Lungen. Am 6. Tage erfolgte Erbrechen blutiger Massen, dann ein sich bessernder asphyktischer Anfall; nachdem vorher weiteres blutiges Erbrechen eingetreten war, starb das Kind erschöpft am 7. Tage.

Bei der Section fand man den Pharynx und das obere Ende der Speiseröhre in einen Blindsack ausgehen in der Höhe der Theilungsstelle der Luftröhre; direct darunter lag das freie, durch einen Schliessmuskel umgebene, enge Lumen der Speiseröhre, angelöthet an die Luftröhre; es bestand durchaus keine Verbindung der beiden Theile der Speiseröhre. Der Ductus arter. Botalli war ausserordentlich erweitert, der eigentliche Bogen so klein, dass die pars thorac. desc. Aortae als directe Fortsetzung des bulb. Aortae erschien. Die unteren Theile beider Lungen sehr ausgedehnt, waren dunkelroth, ohne Luftgehalt, und hatten das Aussehen (?) hämorrhagischer Infarcte. Ueber Aussehen und Inhalt des Magens und Darms ist nichts gesagt.

Pilz (Stettin).

F. Bacheldor. Mamillitis.

(The Boston med. and surg. Journal 1875 p. 437.)

Bei wunden Brustwarzen empfiehlt B. folgendes Verfahren, das ihm gute Dienste geleistet haben soll. Da beim jedesmaligen Saugen des Kindes die Warze

an der Fissurstelle wieder abgehoben und die beginnende Vereinigung hierdurch immer wieder gestört wird, so fixirt B. die seitlich abgezogene Brustwarze in dieser schrägen Stellung durch Heftpflasterstreifen und behandelt die dauernd offen gelegte Fissur mit Höllensteinlösung; nach jedem Säugen muss die Fixation erneut werden. Die Heilung soll schnell eintreten. **Pils** (Stettin).

P. Teale. Exploration der Bauchhöhle behufs Aufsuchung des unbekannten Sitzes von Darmverschlüssen.

(The Lancet 1875. Vol. I. p. 369.)

Während bisher die Eröffnung der Bauchhöhle nur selten gemacht ist, um den unbekannten Sitz und die Art des Darmverschlusses zu erforschen und sich über die zweckmässigste Art der Darmeröffnung (in der Weiche oder Lende) zu entscheiden, so hofft T., nachdem in den letzten Jahren die Scheu vor Eröffnung des Peritonealsacks sich gemindert, und Hutchinson diesen Weg erfolgreich eingeschlagen habe, dass in Zukunft häufiger ein explorativer Bauchschnitt gemacht werde. Zum weiteren Belege giebt er folgende 3 Beobachtungen, von denen die erste bedeutungsvoller ist.

1) Ein 40jähr. Mann klagte viel über Kreuzschmerzen, über Abgang von Schleim und Blut, in den spärlichen, schmal geformten Fäces; diese beiden wurden durch diätische und medicamentöse Verordnungen gebessert. 8 Monate später trat plötzlich wirklicher Darmverschluss auf, welcher weder durch Abführmittel noch durch Injectionen gehoben wurde. Da 4 Wochen nach Beginn dieses Zustandes die heftigsten Schmerzen neben zeitweisen Delirien bei höchstem Verfall der Kräfte einsetzten, so machte T. in der Narkose die Eröffnung des Abdomens in der linea alba. Dem sehr ausgedehnten Colon transversum sich entlang tastend, fühlte er am vorderen Theile des Darmbeinkammes einen wallnussgrossen, der Darmwand fest ansitzenden Tumor, der den Darm geknickt hatte; die Explorationswunde wurde provisorisch geschlossen und die Colotomie gemacht; es entleerten sich ausser Flatus reichliche, halbflüssige Massen; jetzt bei verminderter Spannung konnte die genaue Vereinigung der Bauchwunde in der Mittellinie geschehen. Die ersten zwei Tage passirten die Fäces den künstlichen After, seit dem 3. Tage den natürlichen, späterhin vorzugsweise den künstlichen After. Pat. erholte sich nach der Operation schnell und zeigte wahren Heisshunger; während des Aufenthalts im Hospitale konnte ein Wachsthum der Geschwulst constatirt werden. Nach $^1/_2$ Jahre sieht Pat. noch wohl aus, der Tumor hat aber bedeutend an Grösse zugenommen und heftige Schmerzen erfolgen beim Durchgange der Fäces durch das Rectum.

2) Im 2. Falle erfolgte am 4. Tage nach der Ovariotomie plötzliches Sinken der Kräfte bei kleinem Pulse, Auftreibung des Leibes ohne Abgang von Flatus. Die Bauchwunde wurde wieder eröffnet. Verklebung der Därme, $^1/_2$ Unze röthlichen Serums wird entleert; Punction der aufgeblähten Därme; obwohl sich Pat. nach diesem Eingriffe sichtlich erholt, tritt dennoch am 2. Tage durch Erschöpfung der Tod ein.

3) Im 3. Falle klagte ein 60jähr. Mann plötzlich über heftigen Schmerz in der fossa iliaca dextr., es erschien bald Erbrechen, Tympanitis, Collaps und eine verdächtige Dämpfung in der Coecalgegend. Da der Mann vor mehreren Jahren einen rechtseitigen Leistenbruch gehabt haben will, der seit 3—4 Jahren nicht mehr zum Vorschein kam, so wurde am 3. Tage der Erkrankung bei zunehmendem Verfall der Kräfte der rechte Leistenkanal eröffnet; hier bestand Eiterung des alten Sackes ohne Communication mit der Bauchhöhle. Nachdem am inneren Leistenringe adhärenter Darm gelöst war, quoll eine Unze stinkenden jauchigen Eiters hervor, welcher herstammte von einer Perforationstelle des Coecums, in die sich bequem ein Finger einführen liess; binnen Kurzem trat tödtlicher Ausgang ein.

Pils (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 28. **Sonnabend, den 10. Juli.** **1875.**

Ein Wort zur Lister'schen Wundbehandlungsmethode.

Von

H. Tillmanns,

Privatdocent für Chirurgie an der Universität Leipzig.

(Vortrag gehalten in der med. Gesellschaft zu Leipzig.)

Als im Juni dieses Jahres der Erfinder der antiseptischen Wundbehandlungsmethode den chirurgischen Kliniken in Leipzig und Halle seinen Besuch abstattete, überzeugte sich derselbe in den genannten klinischen Instituten mit grosser Freude von der strengen und erfolgreichen Anwendung des antiseptic treatment. Bei dieser Gelegenheit demonstrirte Herr Prof. Volkmann in seiner Klinik in Gegenwart Lister's und zahlreicher auswärtiger Gäste eine grosse Zahl operativer Fälle, die als Belege für die Wirkung und die Technik des antiseptischen Verbandes dienen sollten. Als Einleitung zu dieser klinischen Demonstration gab Volkmann einige kurze statistische Angaben, welche einerseits ein beredtes Zeugniss ablegten für das überaus reichhaltige

chirurgische Material der Hallenser Klinik, andererseits aber auch nicht minder bewiesen, welche auffallenden Erfolge man durch strengste Durchführung des antiseptischen Verfahrens erreichen kann. Die von Volkmann damals mitgetheilten statistischen Angaben hier kurz zu reproduciren, schien mir deshalb um so mehr gerathen, als leider auch in Deutschland namhafteste Chirurgen dem Lister'schen Verfahren noch nicht die verdiente Anerkennung zollen, nicht zu erwähnen, wie viele noch indifferent, ja direct negirend der doch so wichtigen Frage gegenüberstehen. — Der Güte des Herrn Prof. Volkmann und der freundlichen Unterstützung des Herrn Dr. Ranke verdanke ich die statistischen Angaben sowie detaillirtere Notizen über jene Fälle, welche ich bei der oben erwähnten klinischen Demonstration gesehen.

Wie die unten mitzutheilenden statistischen Angaben aus den Jahren 1874 und 1875 ergeben, hat Volkmann durch die antiseptische Wundbehandlung Resultate erzielt, welche zu den besten gehören, die bis jetzt bekannt sein dürften, Resultate, welche wohl auch den Gegnern des antiseptic treatment das Geständniss abnöthigen, dass solche Erfolge unter Anwendung der früher allgemein üblichen Wundbehandlungsmethoden bisher nicht beobachtet wurden. Mit diesem Zugeständniss ist für die Anerkennung, für die Verbreitung des Lister'schen Princips schon viel, wenn auch nicht Alles gewonnen. — Zu diesen überaus befriedigenden Erfolgen, welche Volkmann und mit ihm andere hervorragende Vertreter der antiseptischen Methode, wie Thiersch, Bardeleben u. A. erreichten, kommt noch die nicht minder wichtige Thatsache, dass, wie uns versichert wurde, seit 2 Jahren in der Halle'schen Klinik keine im Hause entstandene Pyämie vorgekommen ist, weder Pyaemia simplex noch multiplex. — Bevor ich die statistischen Angaben aus der Hallenser Klinik mittheile und über die von mir und anderen Fachgenossen gesehenen Fälle berichte, sei es mir gestattet, mit ein paar Worten kurz die Technik des von Prof. Volkmann geübten antiseptischen Verfahrens hervorzuheben. Derselbe hält sich zunächst noch genau an die von Lister gegebenen Vorschriften. Ausser dem typischen Lister-Verband kommt auch bei leichteren Verletzungen der Thiersch'sche Salicylverband zur Anwendung. Besonders aber wird die Salicylwatte als zweckmässige Verstärkung des typischen Lister-Verbandes sehr häufig angewandt, um an gewissen Körperstellen, wo dies sonst auf grosse Schwierigkeiten stösst, ja in einzelnen Fällen fast unmöglich sein würde, vollständigen Luftabschluss zu bewirken, so bei Operationen an der Mamma, in der Achselhöhle, am Hals, in der Scrotal- und Inguinalgegend u. s. w. Ich sage absichtlich »vollständigen Luftabschluss«, weil Volkmann im Gegensatz zu Lister der Ansicht ist, dass in der That durch den Verband ein vollständiger Luftabschluss der Wunde effectuirt werden muss, wenn grosse und absolut sichere Resultate erzielt werden sollen, dass somit ein wirklicher Occlusiv-Verband hergestellt wird. Wie die Salicylwatte so wird in

der allerneuesten Zeit auch die Benzoëwatte (4 % und 10 bis 11 %) zur Verstärkung des antiseptischen Verbandes oder zur Ausfüllung von Lücken, Ungleichmässigkeiten der Körperoberfläche etc. benutzt.

Sodann möchte ich noch ein Moment bezüglich der Technik des in der Halle'schen Klinik angewandten Lister'schen Verfahrens ganz besonders betonen, das ist die methodische Compression bei der Anlegung des Verbandes, ein Moment, auf welches Volkmann unter besonders sorgfältiger Ausbildung der Drainage mit Recht ein grosses Gewicht legt. Durch die methodisch und kunstgerecht ausgeführte Compression wird nach meiner Ansicht die primäre Verklebung der Weichtheile wesentlich begünstigt und so erkläre ich mir die überraschenden Heilungen per primam, welche Volkmann bei grossen Lappenwunden z. B. nach Geschwulstexstirpationen, nach Ausräumung der Achselhöhle bei Amputation der Mamma, überhaupt bei Amputationen an den Extremitäten etc. erzielt. Bekanntlich befindet sich Volkmann hier im Widerspruch mit Lister. Letzterer wendet durchaus keinen Druck bei der Anlegung seines Verbandes an, um nicht den Abfluss der Wundsecrete zu verhindern. Wohl ist es richtig, dass die Compression, wenn sie von ungeübten Händen gedankenlos gemacht wird, ihre grossen Gefahren hat, aber in der Hallenser Klinik ist, wie uns ernstlichst versichert wurde, nie ein Nachtheil von derselben beobachtet worden, im Gegentheil, sie ist ein wichtiger, unterstützender Factor bei der Heilung per primam unter dem antiseptischen Verbande geworden.

Diese wenigen Worte mögen genügen, um so mehr, als Volkmann*) ja in jüngster Zeit seine Ansichten über den »Lister'schen Occlusiv-Verband« eingehend dargelegt hat. — Doch zur Sache!

Die hier mitgetheilte statistische Uebersicht über die in den Jahren 1874 und 1875 in der Hallenser Klinik behandelten traumatischen und operativen Fälle bezieht sich nur auf die in der genannten Zeit vorgekommenen Amputationen, Resectionen und Osteotomieen. Ausserdem geben wir eine totale Statistik sämmtlicher nach Lister conservativ behandelter complicirter Fracturen für die ganze Zeit seit der Anwendung der antiseptischen Methode. Bezüglich der Operationen aus dem Jahre 1873 muss auf das bereits oben erwähnte Werk Volkmann's (Beiträge zur Chirurgie) hingewiesen werden.

I. Complicirte Fracturen.

Die Zahl der conservativ und stets nach den Principien der antiseptischen Methode behandelten complicirten Fracturen beträgt 44 und wurden sämmtlich geheilt (im Jahre 1873 17; 1874 20; 1875 bis jetzt 7). Diese 44 complicirten Fracturen vertheilen sich folgendermassen auf die verschiedenen Körpergegenden: Humerus 3; Vorderarm und Ellbogengelenk 11; Femur 1; Kniegelenk 3; Unterschenkel 22; Fibula 3; Fussgelenk 1.

*) R. Volkmann, Beiträge zur Chirurgie. Leipzig 1875. Breitkopf & Härtel.

II. Amputationen.

Im Jahre 1875 wurden von Prof. Volkmann bis jetzt 27 Amputationen ohne einen einzigen Todesfall ausgeführt, darunter 6 Oberschenkelamputationen und 1 Hüftgelenkexarticulation. (1 Exarticulatio femoris; — Tumor. — 6 Amp. femoris; — 1 Tumor; 2 intermediär traumatische; 1 primär traumatische; 2 Kniecaries. — 4 Amp. cruris. — 3 Caries; 1 Verletzung mit ausserhalb der Anstalt acquirirter Pyämie. — 2 Operationen nach Syme bei Caries. — 4 Operationen nach Pirogoff. — 3 Caries; 1 primär traumat. — 1 Chopart wegen Erfrierung. — 1 Lisfranc desgl. 2 Amp. Metatars. desgl. — 1 Amp. humeri — primär traumatisch; — 5 Amp. des Vorderarms — primär traumatisch.)

Im Jahre 1874 machte Prof. Volkmann 40 Amputationen mit 6 Todesfällen und zwar: 1 Exarticul. humeri bei bereits bestehender septischer Phlegmone nach Trauma; — 7 Amputationen des Humerus, 3 primär, 2 intermediär, 1 secundär nach Trauma, 1 wegen Caries cubiti; — 7 Amput. des Vorderarms, 3 primär, 2 secundär nach Trauma, 2 bei Caries; — 9 Amput. des Femur (Diaphyse), 2 primär nach Trauma, 3 intermediär bei ausserhalb der Anstalt in Behandlung durch auswärtige Aerzte acquirirtem acut. purul. Oedem und Gangraena progrediens, 3 wegen chron. Eiterungen, 1 wegen Neubildung; — 4 transcondyl. Amput. des Femur, 1 primär nach Trauma, 1 bei erysipelatösen Gelenkvereiterungen, 2 wegen Neubildungen; — 8 Amput. cruris, 1 primär nach Trauma, 1 secundär nach Trauma, 2 wegen Caries pedis, 3 wegen chron. Unterschenkelgeschwüre, 1 wegen Neubildung; — 4 partielle Fussamputationen, 2 nach Pirogoff wegen Caries, 1 Pirogoff wegen Neubildung, 1 Chopart primär nach Trauma.

Unter den erwähnten 6 Todesfällen befinden sich 4 Kranke, die bei bereits bestehender Septikämie infolge von ausserhalb der Klinik entstandenen Verjauchungen amputirt wurden (1 Exarticul. humeri und 3 intermediäre Oberschenkelamputationen). Somit bleiben nur 2 Todesfälle übrig; der eine Patient starb vor Beginn der Reaction (amputat. femoris) bei gleichzeitiger Commotio cerebri und 1 Oberschenkelamputation (Neubildung, Privatpraxis) starb an Pyaemia simplex. Der Fall ist übrigens in dem erwähnten Werke Volkmann's von 1873 bereits verrechnet.

III. Osteotomieen.

1874: 13 Fälle ohne Todesfall; 1875: bis jetzt 3 Fälle ebenfalls alle geheilt. Von den 16 Fällen zeigte sich nach Angabe von Prof. Volkmann nur bei 3 Patienten eine minimale Eiterung, die übrigen 13 Fälle heilten ohne jede Eiterung; in allen Fällen zeigte sich weder Phlegmone noch Eitersenkung.

IV. Resectionen der Gelenke.

Im Jahre 1874 hat Volkmann 24 Totalresectionen mit 7 Todesfällen ausgeführt und zwar: 2 Schulterresectionen, 1 bei Caries

fungosa und 1 wegen Splitterfractur des Gelenkkopfs; 4 Ellbogenresectionen, 3 bei Caries, 1 bei acuter Vereiterung; 12 Hüftgelenksresectionen, 1 wegen acuter Verjauchung des Hüftgelenks nach Beckenschuss, 1 puerperale Coxitis, 10 Caries; 4 Resectionen des Kniegelenks wegen Caries und 2 Fussgelenkresectionen, die eine wegen acuter traumatischer Vereiterung, die zweite wegen einer schlechtgeheilten Malleolenfractur.

Bezüglich der 7 letal verlaufenen Resectionen heben wir hervor, dass von den 12 Hüftgelenksresectionen 5 starben und zwar 2 an Septikämie, welche bereits bei der Aufnahme der Pat. in die Anstalt bestand (1 acute Verjauchung des Hüftgelenks nach Beckenschuss und 1 puerperale Coxitis). Ein kleines, etwa 2 Jahre altes Kind mit Hüftresection collabirte rasch nach der Operation und starb noch vor Beginn der Reaction; die Section zeigte übrigens eine allgemeine Tuberkulose. Endlich starben 2 Hüftresecirte an Tuberkulose, nachdem bereits die Operationswunde bis auf eine feine Fistel geheilt war. Ferner starb 1 Pat. mit Kniegelenksresection ebenfalls an Tuberkulose nach fast vollständiger Heilung bei fortbestehender Fistel. Der letzte Todesfall war eine Ellbogenresection, welche bei einem alten Manne bei bereits bestehender schwerer septischer, ausserhalb der Klinik entstandener Phlegmone wegen Caries ausgeführt worden war.

Resectionen aus der Continuität wurden 1874 und 1875 bis jetzt 4 wegen Pseudarthrose (3 Tibia, 1 Femur) gemacht und sämmtlich geheilt.

1875 wurden bis jetzt 14 Resectionen in der Hallenser Klinik ausgeführt und zwar 8 Hüftgelenkresectionen, 3 Kniegelenkresectionen, 2 Resectionen des Humerus und 1 im Cubitalgelenk. Von diesen 14 Fällen führten nur 2 zum Tode. Der eine der beiden Todesfälle betraf ein sehr kleines noch nicht 1 Jahr altes Kind, mit grossem Abscess am Femur und abgelöstem, im Acetabulum liegenden Gelenkkopf; das Kind erholte sich nicht ordentlich aus der Chloroformnarkose, brach viel und starb am nächsten Morgen nach der Operation. In dem anderen letal endigenden Falle handelte es sich um multiple scarlatinöse Gelenkaffectionen mit Verjauchung des Hüftgelenks und Nierenaffection; der Pat. wurde in trostlosestem Zustande in die Klinik gebracht, so dass die Aussichten auf Heilung sehr gering waren.

(Schluss folgt.)

Carl Fieber. Chirurgische Studien und Erfahrungen mit Zugrundelegung der im italienischen Feldzug des Jahres 1866 gemachten Beobachtungen.

(Allgem. Wiener med. Zeitung 1875. No. 13—22.)

Der Verf. wurde zwei Tage nach der Schlacht von Custozza (26. Juni 1866) einem österreichischen Feldspitale in Verona zur Dienstleistung zugetheilt und verblieb bei demselben bis zu dessen Auflösung (10. October 1866). Er fand eine verhältnissmässig grosse

Zahl Schwerverwundeter, namentlich Soldaten der zurückweichenden Armee; Ende Juli mussten überdies die sämmtlichen noch nicht transportablen Fälle mehrerer anderer Spitäler übernommen werden. Die zur Verwendung kommenden Localitäten waren 1) ein Mädchenerziehungsinstitut mit grossem Hofe (Belegraum etwa 200 Betten); 2) ein Garten, in welchem 48 Zelte aufgeschlagen waren (384 Betten); endlich 3) eine kleine Kirche, die etwa 90—100 Betten fassen konnte — in beschränktem Masse wurden zwei Filialen mit einem Belegraum von fast 400 Betten in Anspruch genommen. Lage ziemlich günstig, zwei Brunnen mit gutem Wasser, die Aborte und Latrinen in befriedigendem Zustand. Die Zelte, obwohl sehr mangelhaft ausgerüstet (gewöhnliche Lagerzelte), erwiesen sich zur Unterbringung der Verwundeten am geeignetsten; am wenigsten entsprach die Kirche, die deswegen bald evacuirt wurde. Die Gesammtzahl der Verwundeten und Kranken (16. Juni bis 10. October) betrug 2270, 883 direct aufgenommen, 1387 aus anderen Spitälern transferirt. Entlassen als geheilt 1210, ungeheilt 131, evacuirt 787 in andere Spitäler, 33 in die Privatpflege. Gestorben 109. Höchste Krankenziffer 770 (am 26. Juni).

Wartepersonal (militärische Krankenwärter) anfangs höchst ungenügend; erst später wurden einige barmherzige Schwestern requirirt, freiwillige Krankenpfleger gab es nicht. Im Maximum neun Aerzte. Notizen über die vom Verbandplatz oder von anderen Spitälern übernommenen Verwundeten mangelten vollständig; es fehlt somit die Möglichkeit, genaue statistische Tabellen zu construiren. In Folgendem einige ziffermässig festgestellte Daten. Von 435 unmittelbar nach der Schlacht aufgenommenen Verwundeten hatten

Verletzungen am Kopfe	20
» » Gesichte	19
» » Hals	8
» » Brust und Rücken	51
» » Bauch und Becken	37
Zusammen am Rumpfe	96 (22 %).
Verletzungen an den oberen Extremitäten	134 (31 %).
» » » unteren »	166 (38 %).

Zahl der im Spitale behandelten Verwundeten überhaupt 786 mit 99 Todesfällen, welche sich folgendermassen vertheilen (grösstentheils Diagnosen intra vitam):

Pyämie und Septikämie	43
Urämie	1
Pyopneumothorax	13
Meningitis	2
Nosokomialgangrän	7
Tetanus	1
Anderweitige Todesursachen	32
	99

bei welchen aber nur in den wenigsten Fällen die Section gemacht ist.

Von accidentellen Wundkrankheiten wurde echtes Erysipel nur einmal (Heilung), Nosokomialgangrän in 43 Fällen, acut purulentes Oedem 3 mal (2 Todesfälle), Tetanus einmal beobachtet. Bei Nosokomialgangrän wurde nur bisweilen energisch geätzt (Salpetersäure), gewöhnlich beschränkte man sich auf Chlorwasser, Kali hypermangan. etc.

Secundäre Blutungen erforderten je einmal die Unterbindung der Art. brachialis und der A. radialis, zweimal jene der Art. femoralis, einmal die der Art. iliaca externa.

An penetrirenden Brustwunden (17 Fälle) starben 13 Verletzte, 4 wurden als Reconvalescenten entlassen. Von den penetrirenden Bauchschüssen wurden 3 Fälle geheilt.

Complicirte Schussfracturen der Röhrenknochen und Gelenkschüsse 233 Verletzte mit 70 Todesfällen. Conservative Behandlung meist mit Gyps-, häufig auch mit Schienenverbänden; keine Extensionsverbände.

Operative Behandlung der Schussverletzungen an den Extremitäten:

Amputationen:	Primäre 1. 1 geheilt.	Intermed. 4. 4 gestorben.	Secundäre 9. 2 geheilt, 7 gestorben.
Exarticulationen:		Intermed. 4. 3 geheilt, 1 gestorben.	Secund. 1. 1 geheilt.
Resectionen:		Intermediär 1. 1 gestorben.	Secundär 4. 2 geheilt, 2 gestorben.

Summe: 24 Operationen mit 15 Todesfällen.

Hierbei sind die aus anderen Spitälern übernommenen Operirten nicht mitgezählt. — Die Methode der Wundbehandlung war Bedeckung mit Charpie, die in Kalilösung, Kampherschleim oder Boraxlösung getaucht war oder Cerate. Carbolsäure wurde nicht verwendet. Keine Irrigation, viel Eis, wenig Kataplasmen. Die internen Erkrankungen, welche ebenfalls im Spitale Aufnahme fanden, betrafen meistens schwere Malariafieber und Dysenterie.

Was die Bemerkungen betrifft, die der Verf. seinen Beobachtungen beifügt, so sei nur erwähnt, dass er sich gegen die zu weit getriebene conservative Methode ausspricht und namentlich vor ausgedehnten Resectionen in der Continuität der grossen Röhrenknochen warnt, die damals (1866) ziemlich häufig ausgeführt wurden. Im Uebrigen sind wohl durch die umfassende Litteratur, die sich seit 1866 auf kriegschirurgischem Gebiete angesammelt hat, die aus den damals gemachten fragmentarischen Beobachtungen gezogenen Schlüsse längst von anderen überholt worden, die an grösserem Materiale arbeiten, namentlich aber mit grösserer Genauigkeit dasselbe ausnützen konnten.

Winiwarter (Wien).

Rabuteau. Recherches sur les propriétés anesthésiques du bromoforme.

(Société de Biologie. Séance du 10 janv. 1875. — Gaz. méd. 1875. No. 5.)

Das Bromoform, wie es R. durch Einwirkung eines Alkalis auf das Bromal erhielt, stellt in reinem Zustand eine klare, sehr schwere und angenehm riechende Flüssigkeit dar. Durch Jod, welches sich in ihm löst, färbt es sich carminroth. Die Wirkungsweise des Bromoforms ist ganz analog der des Chloroforms. Inhalationen des ersteren versetzten die Versuchsthiere nach einem anfänglichen Excitationsstadium in tiefen Schlaf, mit vollständiger Anästhesie, Erschlaffung der Musculatur und Dilatation der Pupille. Das Erwachen aus der Narkose erfolgte ziemlich schnell, selbst wenn die Inhalationen durch längere Zeit ($^1/_2$ Stunde) hindurch fortgesetzt worden waren. R. hofft, dass das Bromoform bald neben dem Chloroform als Anästheticum Verbreitung finden wird. **O. Volkmann** (Kettwig).

Terillon. Note sur l'algidité et les symptômes cholériformes accompagnant les étranglements intestinaux.

—— Note sur le rétablissement de la circulation des matières fécales avec une ligature de l'intestin.

(Gaz. méd. 1875. No. 3, p. 29 u. 30.)

Die bekannten, dem Stadium algidum der Cholera sehr ähnelnden Collapszustände, welche die Einschnürung des Darmes begleiten, hielt Démarquay (1860) für direct durch letztere hervorgerufen. Verneuil und sein Schüler Ledoux glaubten, dass bei Constriction des Darmes durch Vermittlung der nerv. splanchnici eine congestive Hyperämie der Lunge und als deren Folge ein plötzliches Sinken der Temperatur erzeugt werde. Eine dritte Theorie ist endlich von Humbert aufgestellt, wonach der Collaps in der ersten Zeit der Constriction durch eine Reizung des nerv. sympathicus, im weiteren Verlauf aber durch einen septikämischen Zustand, bewirkt durch die Resorption fäcaler Massen, hervorgerufen werde. — Zur Prüfung dieser verschiedenen Theorien experimentirte nun T. an einer Anzahl von Hunden in der Weise, dass er den chloroformirten Thieren durch einen in der linea alba angelegten Schnitt eine Darmschlinge herauszog und mit einem Faden abband. Sobald sich die vollständige Abschnürung durch Blauwerden der Darmschlinge manifestirte, wurde letztere in die Bauchhöhle reponirt und die äussere Wunde durch Suturen geschlossen. Die Temperatur wurde vor wie nach der Operation (im weiteren Verlauf nur 2 mal täglich) per rectum gemessen. T. fand nun bei 7 von 10 Hunden schon nach 4 Stunden eine merkliche Temperatursteigerung. Ein unbedeutendes Sinken der Temperatur bei den übrigen Versuchsthieren glaubt er dem heftigen Erbrechen zuschreiben zu müssen. Die experimentellen Resultate gestatten somit keinen Rückschluss auf die erwähnten Zustände beim

Menschen. Ein congestiver Zustand der Lungen wurde weder durch die Auscultation, noch durch die Autopsie bestätigt.

T. fand nun ferner bei seinen Experimenten, dass die Hunde nach den ersten stürmischen Symptomen sich ziemlich rasch erholten und dass schon ca. am 10. Tag der Verdauungsapparat wieder normal functionirte. Wie die Section ergab, war die abgeschnürte Darmschlinge um diese Zeit wieder vollständig wegsam. In Folge der Peristaltik hatte nämlich der abschnürende Faden die Darmschlinge allmälig durchschnitten, während jedoch die Vernarbung der durchschnittenen Partien auf dem Fusse folgte. So war, wenn der Faden vollständig durchgeschnitten hatte, die Continuität der Darmwandung gleichwohl wieder hergestellt und die Fäces konnten nun auch wieder die Schlinge passiren. Die kleine Fadenschlinge fand sich an den zusammengelötheten, inneren Wandungen der Darmschlinge, zum Theil frei in deren Lumen flottirend. An der Stelle, wo sie ursprünglich gesessen hatte, zeigten die äusseren Wandungen eine kreisförmige, etwas nach innen vorspringende Narbe, die jedoch nach einem Monat kaum noch sichtbar war. **O. Volkmann** (Halle).

M. J. Dietl. Beobachtungen über Theilungsvorgänge an Nervenzellen.

(Aus dem physiologischen Institute zu Innsbruck. Sitzungsberichte der Wiener Academie 1874. Bd. LXIX. Hft. 1—5. 3. Abth.)

D. suchte an Durchschnitten des in Ueberosmiumsäure gelegenen Ganglion Gasseri des Frosches die noch so streitige Frage (Mayer, Schwalbe) zu eruiren, ob eine Theilung fertiger Nervenzellen im erwachsenen Thiere stattfinde oder nicht. D. erhielt Zellenformen, welche durch Theilung alter Zellen entstanden zu sein schienen. Allerdings sah D. hier und da im Gasser'schen Knoten Gebilde, welche sich mit den für den Sympathicus beschriebenen Kernnestern vergleichen liessen und bei der Genesis der sympathischen Nervenkörper wahrscheinlich eine Rolle spielen. Ob nun jene erwähnten Kerne im Gasser'schen Ganglion irgend eine bestimmte Beziehung zur Entwickelung der Nervenzellen haben, lässt D. unentschieden. Dagegen ist Verf. im Anschluss an Kölliker, Beale und Henle der Ansicht, dass er in der That Theilungs- und Furchungsprocesse an Zellenformen beobachtet habe, die den Eindruck fertiger Zellen machten. **Tillmanns** (Leipzig).

Kolaczek. Beiträge zur Geschwulstlehre (aus der chirurgischen Klinik zu Breslau).

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 2.)

Verf. bringt sehr sorgfältige Untersuchungen über eine Reihe höchst interessanter Geschwülste, auf deren Details wir hier nicht näher eingehen können, sie müssen im Originale nachgesehen werden.

Der erste Fall ist ein Fibro-Sarcoma mit Perlkugeln, in 5 Jahren bei einem 40jähr. Manne subcutan an der linken Ellenbeuge entstanden, vielleicht aus einem Schleimbeutel. — Ein Myxo-Sarcoma perivasculare der rechten Steissbeingegend fand sich bei einem $2^1/_2$jährigen Mädchen, als dessen Ausgangspunct die Luschka'sche Steissdrüse oder ein in ähnlicher Weise sich auflösender Gefässabschnitt der Sacralarterie anzunehmen ist. — Ein Sarcoma perivasculare der Nase hatte sich bei einem 54jähr. Manne in 1 Jahre entwickelt. — Bei einer 26jähr. Frau kam eine Cyste der vorderen Vaginalwand zur Beobachtung, welche, in ca. 5 Jahren entstanden, bis zwischen die Schenkel herabhing. Nach Excision eines Stückes der ganzen Wand und Herausschälung des Balges trat schnelle Heilung ein. Nach der Beschaffenheit des Epithels nimmt K. an, dass die Cyste durch eine Ausstülpung der Harnröhre entstanden sei. — Zwei Entero-Teratome des Nabels ca. bohnengross wurden bei 2 Knaben mit dem Messer entfernt. Sie bestanden aus Schläuchen, den Lieberkühn'schen Darmdrüsen vollständig ähnlich, deren Cylinderepithel auf der Oberfläche der Geschwulst noch erhalten war. — Ein osteogenes Alveolar-Sarcom des Kreuzbeins, welches zuerst sowohl klinisch, als auch mikroskopisch für ein primäres Knochencarcinom gehalten wurde, kam bei einer 35jähr. Schneiderin vor. Es war im Kreuzbein entstanden und hatte vielfache Metastasen in den Schädelknochen, dem Manubrium sterni, den Beckenknochen, beiden Oberschenkeln u. s. w. gemacht. Der Verlauf der Erkrankung hatte ca. $^3/_4$ Jahre gedauert. — Bei einem 31jähr. kräftigen Manne war nach einem Stosse mit einer Deichsel ein Adenom des Blinddarms entstanden, welches in der rechten Lendengegend dicht über der Crista ilei durchgebrochen war, eine Geschwulstform, die von anderen Autoren auch als Carcinoma cylindr. bezeichnet worden ist. Ein ähnliches Adenoma carcinomatosum der Flexura iliaca hatte sich bei einer 29jähr. Frau nach einem Stosse mit einem Eimer entwickelt. **Maas** (Breslau).

Alfred Battig. Die Angiome und ihre galvanokaustische Behandlung.

Inaug.-Diss. Breslau. 1874.

Verf. bespricht nach einer Uebersicht über die histologischen Verhältnisse der Angiome und ihre Behandlungsmethoden die Vortheile der galvanokaustischen Behandlung. Er hebt u. A. die äusserst geringe allgemeine und locale Reaction hervor, die von allen Operateuren beobachtet worden ist und in den »Neuen Untersuchungen über Entzündung« von Cohnheim ihre Erklärung findet. Cohnheim weist nach, dass man bei Anwendung eines Aetzmittels, welcher Art es auch sei, immer die anfängliche, weitgreifende Erweiterung der Gefässe mit allmäliger Rückbildung, um den Aetzschorf die Zonen der Stase, der überwiegenden Diapedesis

aus stagnirenden Capillaren und der Emigration aus fliessenden Capillaren und dilatirten Venen sowie die Transsudation in diesem Bezirke findet, während bei der Glühhitze nur die Gefässdilatation mit allmäliger Rückbildung eintritt, ein Vorgang, der in keinem causalen Zusammenhange mit den späteren Gefässvorgängen steht, die wir als specifisch entzündlich ansehen. In einer casuistischen Zusammenstellung der in den Jahren 1870—73 in der chirurgischen Klinik zu Breslau und der von Fischer und Maas privatim behandelten 47 Fälle, findet B. 36 Fälle mit Galvanokaustik, 9 mit Excision, 1 mit Electrolyse, 1 durch Aetzung mit Säure behandelt; die meisten Tumoren (35) hatten ihren Sitz am Kopfe und waren fissuraler Natur; 1 Fall (Tumor cavern. an der Stirn eines 4jähr. Mädchens) endete, mit Galvanokaustik behandelt, am 3. Tage nach der Operation durch Meningitis tödtlich. — Es wurden in der Klinik in den letzten 20 Jahren (vgl. Maas, Arch. f. klin. Chir. Bd. XII. p. 548) von Middeldorpf, Fischer und Maas 155 Fälle von Angiomen operirt, davon 137 galvanokaustisch mit nur 1 Todesfalle, so dass B. die Methode mit Recht, neben der Excision für passende Fälle, ganz besonders empfiehlt.

Maas (Breslau).

C. James. Des éruptions de la face.

(Gaz. méd. 1875. No. 13. p. 153 ss.)

J. giebt lediglich therapeutische Rathschläge zur Behandlung der Akne und des Cancroids. Erstere empfiehlt er mit einer Salzsäurelösung (1—3 : 10 Alkohol) zu betupfen und danach mit einer Lösung von Kali chloricum (4 : 100) abzuwaschen. Nach einer 2 bis 3tägigen Wiederholung dieser Behandlung sollen die Akneknoten in kurzer Zeit einschrumpfen und verschwinden. — Gegen das Cancroid empfiehlt J. das cosmische Pulver in seiner ursprünglichen Zusammensetzung (6 Th. Zinnober, 3 Th. Asche verbrannter Schwämme und 1 Th. weissen Arsenik), eine Therapie, die von Manec in der Salpêtrière seit über 40 Jahren angeblich mit den besten Erfolgen angewendet wurde. Die Wirkung des cosmischen Pulvers soll sich nur auf die erkrankten Partien erstrecken. Mit denselben bildet es einen festen Aetzschorf, unter welchem sich allmälig gesunde Granulationen entwickeln. Auch bei Cancroiden, die die Grösse eines Zweifrankstückes überschreiten, ist das genannte Mittel noch anzuwenden, wenn man durch Einhalten gehöriger Zwischenräume (9—10 Tage) zwischen den einzelnen Applicationen der Gefahr einer Arsenikintoxication vorbeugt.

O. Volkmann (Kettwig).

Burow. Laryngologische Mittheilungen.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 2.)

I. Ueber Chorditis vocalis inferior hypertrophica. Die unter diesem Namen von Gerhardt beschriebene, auch von Türck beobachtete chronisch-entzündliche Affection der Stimmbänder, welche in dem Falle von Türck und in zwei Fällen des

Verf.'s auch die vordere Fläche der hinteren Kehlkopfswand in Mitleidenschaft gezogen hatte, beobachtete B. 4 Mal: Bei einem 45jähr. Manne hatte sich die Affection nach einem Typhus entwickelt. Bei der laryngoscopischen Untersuchung erschien der Kehlkopf bei der Phonation normal, während man bei der Inspiration unter den auseinanderweichenden Stimmbändern zwei genau symmetrische Wülste sah, welche sich durch tiefe rothe Farbe von den weissglänzenden Rändern scharf absetzten und nur einen feinen Spalt zwischen sich liessen. Zunehmende Suffocationserscheinungen machten die Tracheotomie nöthig; Jodkalium verschaffte geringe Besserung; Pat. wurde mit der Kanüle entlassen. — Die 3 folgenden Fälle (Frau, 20 Jahre alt, Mann 30 Jahre alt, Frau 23 Jahre alt) zeigten ähnliche Befunde und wurden ebenfalls tracheotomirt und mit der Kanüle entlassen.

II. Zwei Larynxabscesse unter der Leitung des Spiegels incidirt. B. fügt den 9 von ihm in der Litteratur aufgefundenen, mit Hülfe des Kehlkopfspiegels diagnosticirten Larynxabscessen, von denen fünf mit dem Messer eröffnet wurden, folgende 2 Fälle hinzu. Bei einem 33jähr. Manne entwickelte sich in 6 Wochen Heiserkeit, Dyspnoe, Dysphagie, Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die linke Schildknorpelplatte. Die Untersuchung zeigte eine pralle Geschwulst, welche links von der Epiglottis medianwärts in das Lig. ary-epiglotticum überging und den ganzen Sinus pyriformis ausfüllte. Eine Incision mit dem gedeckten Kehlkopfmesser entleerte reichlichen Eiter; Heilung in 10—14 Tagen. — Der zweite Abscess hatte sich in etwa 6 Wochen bei einem 67jähr. Manne in der Grube rechts zwischen dem Lig. ary-epiglotticum medium und laterale dextr. entwickelt und hatte die Grösse einer halben Pflaume. Nach der Incision erfolgte schnelle Heilung.

III. Tracheotomie bei acutem Glottisoedem. Bei einem 26jähr. Mann entstand in Folge einer Phlegmone colli lat. sin. ein acutes Glottisoedem, welches die Tracheotomie nothwendig machte. Erst 9 Tage später wurde die Phlegmone incidirt, 7 Tage später die Kanüle entfernt.

IV. Amyloide Degeneration von Larynxtumoren, Kanüle 7 Jahre lang getragen. Mehrfache Tumoren des Kehlkopfseinganges indicirten bei einem 50jähr. Arbeiter im Jahre 1866 die Tracheotomie. Nach Entfernung eines der Tumoren, welcher sich als ein Fibroid erwies, zeigten sich an Stelle der Aryknorpel zwei grosse Tumoren, deren Entfernung zum Theil wegen Weigerung des Pat. nicht gelang. Pat. lebte mit der Kanüle bis Mai 1873. — Die erwähnten Geschwülste, wegen deren sehr interessanten Verhaltens wir auf das Original verweisen, füllten den Kehlkopf vollständig aus und zeigten sich bei der Untersuchung (Prof. Neumann) als amyloide Tumoren.

V. Polyp des Kehlkopfs bei einem 8jährigen Kinde erfolgreich operirt. Bei einem 8jähr. Mädchen machte ein Polyp des rechten Stimmbandes (Papillom mit dünnem Stiele) so hochgradige

Dyspnoe, dass die Tracheotomie nothwendig wurde. Etwa 8 Monate später gelang es B. mit verschiedenen Instrumenten den Tumor zu entfernen und die Pat. vollständig herzustellen.

VI. Nussgrosses Sarcom der Epiglottis, ohne Heiserkeit oder Dyspnoe. Der erwähnte Tumor fand sich bei einem 30jähr. Landmanne links von der Mittellinie aufsitzend an der unteren Fläche der Epiglottis und verursachte nur Schlingbeschwerden. Er wurde in mehreren Sitzungen entfernt.

VII. Nussgrosses Fibroid aus dem linken Morgagni'schen Ventrikel wuchernd, wurde bei einem Manne in einer Sitzung mit der Störck'schen Guillotine entfernt.

VIII. Ungestielter Polyp des rechten Stimmbandes mortificirte bei einer Frau nach Zerquetschen mit der Tobold'schen Zange und wurde durch Cauterisation vollständig beseitigt. — Mit den früher (Arch. f. klin. Chir. XV. 2) mitgetheilten 5 Fällen hat B. also 9 Fälle von Kehlkopfspolypen erfolgreich operirt.

Maas (Breslau).

Servier. Fractures. Gouttières de linge plâtré.

(Gaz. hebdom. 1874. No. 52.)

Bei einem jungen Soldaten war die Clavicula in der Mitte gebrochen. Starke Verschiebung der Fragmente, die nach vorn einen Winkel bilden. 1 Woche nach der Verletzung, nachdem die Schwellung verschwunden war, applicirte S. folgenden Apparat aus Gips: Patient wurde auf den Rücken gelegt, und ein langes Rollkissen zwischen die Schultern befestigt. Dadurch kommen die Fragmente in die richtige Stellung. Ein feines Leinwandstück wurde auf die kranke Brustseite gelegt und darauf Gipsbrei in dicker Schicht aufgetragen, so dass fossa supra — und infraclavicul. und das ganze Schlüsselbein von der pars acrom. der Scapula bis zum Sternum, nach abwärts bis nahe an die Brustwarze, hinten bis an den Vorsprung des Musc. trapez. davon bedeckt waren. Die 2 Cent. dicke Gipsschicht wurde, nachdem sie etwas erstarrt war, mit queren und schrägen Bindentouren am Thorax befestigt, gleichzeitig der Arm der kranken Seite bis zur völligen Immobilisirung mit einbandagirt. Hierauf durfte Pat. frei umhergehen. Am 24. Tage nach der Verletzung wurde der Verband abgenommen. Die Consolidirung war nahezu vollkommen. Anlegung der Mittella. Die Heilung ist schliesslich ohne jede Verschiebung der Bruchstücke erfolgt; rechte und linke Clavicula gleich lang.

Fr. Steiner (Wien).

Dubreuil. Traitement du pied bot varus.

(Séance de la société de chir. 1875. 6. Jan.)

Verf. bringt in der Darstellung der Pathologie des pes varus nichts Neues. Therapeutisch empfiehlt er bei hochgradigem pes varus an nicht mehr ganz jungen Individuen die Durchtrennung des M. tibial. post., seltener die des M. tibial. antic. als hin und wieder nützlich.

Fr. Steiner (Wien).

Verneuil. De la forcipressure.

(Séance de la société de chir. 1875. 6. Jan.)

Mit Rücksicht auf die Arbeit von Vanzetti über die »Uncipressur« theilt V. seine Erfahrungen mit, wobei dieses allerdings nicht neue Verfahren guten Erfolg hatte. Wir heben einige davon heraus und verweisen im Uebrigen auf den Originalbericht: 1) Abtragung eines dünngestielten Uteruspolypen mit der Scheere; heftige arterielle Blutung; Blutstillung mittelst der Polypenzange, die einige Tage hängen gelassen wurde. 2) Heftige Blutung aus der A. mammar. intern. infolge einer Sequesterextraction bei Nekrose des Sternums; Arterien und umgebendes Gewebe mit Pincette gefasst, letztere 48 Stunden liegen gelassen; guter Erfolg. 3) Starke arterielle Blutung aus der Knochenschnittfläche bei Trepanation wegen einer Schädelexostose; V. drückte mit einer Zahnzange den Knochen, so dass das Gefäss comprimirt wurde und die Blutung stand. 4) Bei einer Oberschenkelamputation wurde schlecht comprimirt; V. schnitt die A. femoral. durch, legte eine Schieberpincette à démeure an und beendete dann die Operation. **Fr. Steiner** (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

K. Ketli. Bilaterale Lähmung des N. facial. und abducens mit Taubheit, in Folge von Fractur des Felsenbeins.

(Wiener med. Presse 1875. No. 19.)

Ein 23jähriger Kutscher war mit seinen Pferden in einen tiefen Graben gestürzt, und ein Pferd fiel ihm dabei auf den Kopf. Man fand den Mann ohnmächtig, aus dem Munde und dem linken Gehörgange blutend; sonst keine Verletzung sichtbar. Der bewustlose Zustand dauerte 3 Tage, dann war und blieb Pat. ganz bei Sinnen. Taubheit des linken Ohres, Doppeltsehen, Ohrensausen bestanden fort und dauerten durch 6 Wochen an. Zu Ende dieser Zeit stellte sich Pat. dem Verf. vor. K. fand die Symptome einer doppelseitigen Facialis-Lähmung. Die farado-muskuläre Contractilität der gelähmten Theile ist aufgehoben, während die galvano-muskuläre Reaction bedeutend erhöht ist; an beiden Augen Strabismus converg. von doppelseitiger Abducenslähmung. Beständiges Ohrensausen; am linken Ohre gar keine Gehörempfindung, am rechten Ohre ist dieselbe — wiewohl sehr geschwächt — vorhanden; beide Trommelfelle zerrissen und eiternd, Knochenfragmentchen darin. Das Allgemeinbefinden dabei gut, Extremitäten frei.

K. urtheilt daraus, dass Gaumensegel und Uvula nicht gelähmt sind, dass der Nerv. facial. an der Stelle lädirt worden sei, wo mit ihm die Chorda tympani verläuft, welche mit verletzt sein dürfte, da der Geschmacksinn an der vorderen Zungenhälfte gänzlich aufgehoben ist und ein abnormes Trockenheitsgefühl im Munde besteht (verminderte Speichelsecretion). K. ist daher geneigt, eine Fractur beider Felsenbeine in der Gegend der Paukenhöhle anzunehmen. Ueber den Verlauf ist nichts weiter gesagt. **Fr. Steiner** (Wien).

Stokes. Pachydermatocele or Fibro-Molluscum.

(The Dublin Journal of med. science 1875. January. p. 69.)

S. zeigte der pathologischen Gesellschaft in Dublin eine Geschwulst, die er bei einem 33jähr. Manne, bei dem sie im 6. Jahre entstanden war, exstirpirt hatte. Die eine Seite des Kopfes einnehmend, hing sie bis zur Schulter hinab, war leicht beweglich, uneben, mit bohnen- bis wallnussgrossen Höckern besetzt. Blutung bei der Exstirpation sehr stark; trotzdem war 8 Tage später Patient ausser Bett. Histologische Untersuchung ergab Hypertrophie der Haut.

H. Braun (Heidelberg).

Hutchinson. Death from large clot of blood between dura mater and bone (London hospital).

(Med. tim. and gaz. 1875. März 27. p. 337.)

Ein 52jähr. Mann war Abends auf den Hinterkopf gefallen und war sofort bewusstlos; 12 Stunden später wurde er ins Hospital aufgenommen. Ausser der Bewusstlosigkeit wird Lähmung der Extremitäten und der Thoraxmusculatur constatirt, »abdominal respiration«. Eine Pupille war erweitert, eine Stunde später auch die andere. Tod 3 Stunden später. Section: Leichte Contusion des linken Vorderlappen, ein Blutklumpen von 4—5 Unzen befand sich zwischen Dura und Knochen in rechter hinterer Schädelgrube. Knochen- oder Arterienverletzung wurde nicht gefunden, und wird die sofort nach dem Niederfallen eingetretene Bewusstlosigkeit auf eine gleichzeitige Commotio cerebri bezogen. **Ranke** (Halle).

H. Löw. Complicirter Schädelbruch. Heilung.

(Wiener med. Presse 1875. No. 5.)

Ein 13jähriger Junge war mit dem Kopfe in eine Maschine gerathen. Da die Blutung infolge der Verletzung, die er hierbei erlitt, sehr heftig war, so legte L. gleich einen Charpiedruckverband an, der erst am 3. Tage nach der Verletzung geöffnet wurde. Hirnsymptome waren inzwischen nicht aufgetreten. Es zeigte sich jetzt 1 Zoll über der Haargrenze eine ellipsoide, 28 Cm. messende, 4 bis 5 Cm. klaffende Wunde. Die Stirngegend ist um 1 Cm. deprimirt; in der Mitte der Wunde stand ein 3eckiges Stück des Stirnbeins in die Höhe; die Fissur ging durch die ganze Dicke des Knochens, von welchem das Periost abgelöst war. Ein 8 Cm. langes, $2^1/_2$ Cm. breites Stück des Stirn- und linken Seitenwandbeines, die Coronarnaht mitfassend, war herausgeschnitten und machte die Hirnbewegungen mit. Dicht daneben ein anderes, 7 Cm. langes Knochenstück vom linken Seitenwandbein, das ebenfalls die Hirnbewegungen mitmachte und dessen unterer Rand durch einen von dem in die Höhe stehenden Stirnbein-Stück ausgehenden, 11 Cm. langen und $^1/_2$ Linie klaffenden Sprung gebildet war. Ein 2 Cm. langer Splitter, der in der dura mater stak, wurde entfernt.

Die beschriebenen 3 Knochenbruchstücke gingen nach 14 Tagen nekrotisch ab. Nach 3 Monaten war Pat. vollkommen geheilt. **Fr. Steiner** (Wien).

J. H. Porter. Excision of the head of the right humerus for caries, the result of on injury.

(The Dublin Journal of med. science 1875. February. p. 85.)

Bei einem 21jähr. Soldaten soll in Folge eines Schlages auf die Schulter ein Abscess entstanden sein, dem Fieber, Abmagerung, Schweisse und eine Dislocation des betreffenden caput humeri nach vorn, folgten. Resection eines $2^1/_2$ Zoll langen Stückes des Humerus. Endresultat unter Anwendung von Electricität und passiver Bewegung recht befriedigend. P. räth eine Drainage nach hinten durch die Wunde zu zu legen und den vorderen Längsschnitt zu schliessen. **H. Braun** (Heidelberg).

Démarquay. Névrome de l'aisselle.

(Séance de la Soc. de Chir. 1874. 30. Dec.)

D. entfernte bei einem 24jähr. Manne einen Tumor, der seit 2 Monaten in der rechten Achselhöhle sichtbar geworden war. Seit 6 Monaten bestanden die heftigsten Schmerzen. Es zeigte sich, dass der Tumor vom Nerv. musculo-cutan. ausging und ein kleinzelliges Sarcom war. **Fr. Steiner** (Wien.)

Ohlemann. Ueber eine einfache Luxation der Ulna im Handgelenk nach der Vola.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 2.)

Der folgende Fall wurde in der Klinik von Baum beobachtet. Einem 42jähr. kräftigen Arbeiter war von einem Pferde der linke Vorderarm gegen eine Krippe gedrängt worden. — Die Untersuchung zeigte ein Abweichen der Ulnaraxe nach der Radialseite, die ulnare Wölbung der Streckseite fehlte, Pro- und Supination waren aufgehoben, radialwärts und rückwärts vom Os pisiforme fühlte man das Köpfchen der Ulna. — Bezüglich der Luxationen des unteren Endes

der Ulna cf. **Tillmanns**, Statistische Beiträge zur Lehre von den Luxationen, Arch. der Heilkunde 1874. p. 249. — Die Reduction erfolgte in der Narkose mit einem schnappenden Geräusche; Pat. war in 14 Tagen geheilt. **Maas** (Breslau).

Th. Anger. Luxation de l'astragale réduite par les tractions continues.

(Séance de la Soc. de Chir. du 6. Janv. 1875.)

Ein Mann fiel rücklings eine Kellertreppe herab, wobei sein Fuss sich zwischen zwei Stufen fing. Daraus entstand eine vollkommene Astragalusluxation nach vorne aussen; der Fuss in forcirter Adductionsstellung; die Haut über dem Astragaluskopf gespannt. A. reponirte folgendermassen: ein Tuch unter dem Schenkel diente zur Contraextension; eine Heftpflasteransa am vorderen Theile des Fusses hinderte das Abgleiten der Caoutchoucbinden, die sich überdies noch gegen ein Querholz am Bette stemmten. Nach 10—12 Minuten mässigen Anziehens fühlte Pat. grosse Müdigkeit im kranken Beine; A. fasste nun den Unterschenkel mit der einen Hand, mit der anderen den vorderen Fusstheil, stützte sein Knie auf den Astragulus, worauf die Einrichtung unter Knacken vor sich ging. **Fr. Steiner** (Wien).

J. Fagan. Report on a case of Syme's amputation of foot, following removal of necrosed bone by means of the gouge.

(The Dublin Journal of med. science 1875. March. p. 257.)

Eine Fussgelenkentzündung entwickelte sich bei einem 11jähr. Knaben nach einem Stoss an einen Stein. Sondenuntersuchung ergab nach einiger Zeit Entblössung des Astragalus. Mit dem Hohlmeissel wurden die kranken Knochentheile entfernt; temporäre Besserung; bald hohes Fieber, Appetitmangel, Schlaflosigkeit. Nach **Syme** operirt, 4 Wochen später Knabe geheilt entlassen. F. hält die Anwendung des Hohlmeisels überhaupt für unzulänglich, plump und unwissenschaftlich. **H. Braun** (Heidelberg).

E. H. Bennett. Strangulated femoral hernia.

(The Dublin Journal of med. science 1875. March. p. 262.)

Eine 62jähr. Frau hatte in Folge schwerer Arbeit plötzlich eine Vergrösserung ihres schon lange bestehenden Bruches bekommen, der bald Verstopfung und Erbrechen folgten. Abführmittel, warme Umschläge, Eis, Opium wurden ebenso vergeblich, wie alle Taxisversuche, zuletzt im Vollbad, versucht. Nach 3 Tagen Herniotomia externa. Einklemmungserscheinungen dauern fort; 2 Tage später Tod. Section ergiebt Verwachsungen zwischen der eingeklemmten Ileumschlinge und dem Bruchsacke, an einer Stelle ebendaselbst Ansammlung eitriger Flüssigkeit; die Mucosa an der Einschnürungsstelle ulcerirt. Bei der Operation war nur der Inhalt des Darms, nicht aber das Ileum selbst, reponirt worden. **H. Braun** (Heidelberg).

C. Gussenbauer. Exstirpation eines Harnblasenmyoms nach vorausgehendem tiefen und hohen Blasenschnitt, Heilung.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 2.)

Bei einem 10jähr. Knaben diagnosticirte **Billroth** nach wiederholten, sorgfältigen Untersuchungen einen ca. Mannsfaust grossen Tumor der Blase, der sich in 10 Monaten entwickelt hatte. Zur Entfernung des Tumors wurde zuerst die Sectio lateralis gemacht und so constatirt, dass der Tumor an der hinteren Wand der Blase aufsitze und sich nach dem Scheitel zu ausdehne. Es wurde dann noch die Sectio alta gemacht, die Recti an ihren Insertionen quer getrennt, auch die Blasenwunde in dieser Richtung erweitert. Die Geschwulst wurde an ihrem Ansatze mit den Fingern durchrissen und die Excision des Geschwulststieles bei mässig invertirter Blase vorgenommen; der Stiel ging von der Musculatur der Blasenwand aus. — Durch die Blasenwunden wurde ein Drainrohr gelegt. Die Heilung erfolgte in ca. 4 Wochen. — Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab ein Myom. **Maas** (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 29. Sonnabend, den 17. Juli. **1875.**

Ueber die Eigenschaft des Durchscheinens bei festen Geschwülsten.

Von

Professor Dr. **Lücke**.

Die Eigenschaft des Durchscheinens hat man bisher wesentlich flüssigen Ansammlungen, insbesondere den Hydrocelen und einzelnen Cystenformen zugeschrieben und bei denselben diagnostisch verwerthet. Wir wissen indessen, dass selbst bei mässig starkem Tageslicht dieselbe Eigenschaft den Fingern, den Ohren und bei intensiverer Beleuchtung auch Theilen des Handtellers und des Vorderarms zukommt. So weit mir bekannt, hat man diese Eigenschaft für die Geschwülste bisher nicht beachtet und es ist mir ebenso gegangen, bis mich vor Kurzem ein Tumor mit dieser Eigenschaft überraschte und zu einer falschen Diagnose verleitete.

Es stellte sich in der Klinik ein Mann mit einem linksseitigen Hodentumor vor, welcher seit mehreren Monaten entstanden war und

nun die Grösse eines Gänseeies erreicht hatte. Die Geschwulst war schmerzlos, hinten, der Epididymis entsprechend, enthielt sie eine kleinere etwas knollige und harte Masse, während die nach vorn gelegene Hauptmasse des Tumors deutlich das Gefühl von Fluctuation zeigte und zugleich bei mässig hellem Tageslicht sich als durchaus durchscheinend erwies. Wir stellten deshalb die Diagnose auf eine Hodentuberkulose nebst sie begleitender Hydrocele. Die Castration wurde ausgeführt und ich war nicht wenig erstaunt, beim Durchschneiden der exstirpirten Geschwulst statt auf die erwartete Flüssigkeit auf graue, trübe, schwammige Massen zu treffen, welche unzweifelhaft als Sarcom aufzufassen waren, wie das auch durch das Mikroskop bestätigt wurde (Rundzellensarcom). Auch nach der Herausnahme konnte das Phänomen des Durchscheinens dieser Geschwulst und zwar noch deutlicher und selbst noch nach 24 Stunden constatirt werden und unter Anwendung aller Cautelen, namentlich dem Ausschluss seitlich einfallender Lichtstrahlen.

Es ist wohl begreiflich, dass eine Geschwulst, welche das bekannte, weichen Sarcomen besonders eigenthümliche Symptom der Pseudofluctuation zeigte und durchscheinend war, für eine Hydrocele gehalten werden konnte, denn gerade auf diese beiden Symptome pflegen wir die Diagnose des Wasserbruches zu begründen. Hier würde die Probepunction allein directen Aufschluss zu geben im Stande sein.

Wir sind gewohnt die in Rede stehende Eigenschaft des Durchscheinens als eine Eigenschaft mit heller, durchsichtiger Flüssigkeit gefüllter Hohlräume zu betrachten und allerdings ist es ja bekannt, dass cholestearinhaltige Hydrocelenflüssigkeiten, sowie die der Spermatocelen dieses Phänomen in viel geringerem Grade zeigen, dass beigemengtes Blut dieselben Flüssigkeiten mehr oder minder undurchsichtig macht. Das Durchscheinen der Ohren und Finger u. s. w. wird doch wohl auch nur dadurch wesentlich möglich, dass die in diesen Theilen circulirenden Flüssigkeiten klar sind. Um so auffallender ist es für den ersten Augenblick, dass Geschwülste, deren Zellen doch einen mehr oder minder trüben, mit vielen Körnchen erfüllten Inhalt haben, ebenso deutlich durchscheinen, wie Hydrocelen und sogar bei gewöhnlichem Tageslicht, natürlich mit der Beihülfe, dass man das Licht zur Untersuchung durch ein dunkles Rohr gegen das Auge gelangen lässt. Ich habe mich seitdem auch überzeugt, dass exstirpirte hypertrophische Lymphdrüsen, ohne käsige Entartung freilich, ausserhalb des Körpers ebenfalls durchscheinend sind. Das Licht muss diese Gewebe aber durchdringen, wie es mattgeschliffenes Glas durchdringt.

Es ist zu vermuthen, dass das Durchscheinen noch an mancherlei anderen Geschwülsten wird constatirt werden können, wenn ihre Lage im Körper nur eine zu dieser Untersuchung hinreichend zugängliche ist, so wahrscheinlich an Lipomen und Myxomen; ich vermuthe, dass Krebsen und Adenomen diese Eigenschaft fehlen wird. Ob wir

nun durch genauere Beobachtung noch im Stande sein werden, feinere Unterschiede in der Art des Durchscheinens, in seiner Intensität, vielleicht auch in gewissen Farbennüancen des durchfallenden Lichtes herauszufinden, vermag ich nicht zu bestimmen; es ist aber doch wohl jedenfalls der Mühe werth, darauf hin mit geeignetem Licht und mit geeigneten Instrumenten etwas genauer zu untersuchen.

Strassburg, den 30. Juni 1875.

Ein Wort zur Lister'schen Wundbehandlungsmethode.

Von

H. Tillmanns,

Privatdocent für Chirurgie an der Universität Leipzig.

(Vortrag gehalten in der med. Gesellschaft zu Leipzig.)

(Schluss; cf. Centralblatt No. 28 p. 433—437.)

Im Anschluss an die gegebenen allgemeinen statistischen Angaben sei es mir gestattet, einige prägnante Fälle besonders hervorzuheben, welche von Prof. Volkmann vorgestellt wurden.

Zunächst erwähne ich 2 Resectionen des Schultergelenks, welche wegen Caries sicca gemacht wurden. Vor der Resection war der total zerstörte Gelenkkopf unter den proc. coracoid. verschoben; es bestand vollständige Ankylose nebst hochgradiger Schmerzhaftigkeit des Gelenks. Der Verlauf nach der Operation war in beiden Fällen fieber- und schmerzlos, so dass beide Patientinnen am 14. Tage nach der Operation mit dem operirten Arme wuschen, die Stube reinigten und passive Bewegungen innerhalb beschränkter Grenzen vollständig schmerzlos waren. Beide Patientinnen sind nicht bettlägerig gewesen und hätten ebenso gut poliklinisch behandelt werden können. Bei der einen Patientin (Frau Kröwing, 26 Jahre alt) waren am Tage der klinischen Demonstration 6 Wochen seit der Operation verstrichen und die Vernarbung bereits vollendet. Hingegen war die zweite Patientin (Marie Koch, 26 Jahre alt) vor 16 Tagen operirt worden, trotzdem war die Wunde bis auf eine linsengrosse, nicht fistulöse Stelle geheilt; Prof. Volkmann und mehrere anwesende Collegen übten den heftigsten Druck auf dies vor 16 Tagen resecirte Gelenk aus, ohne dass die Patientin auch nur den geringsten Schmerz empfunden hätte.

Es ist selbstverständlich, dass eine so überraschend schnelle Heilung nur deshalb möglich war, weil es sich beide Male um nicht fistulöse Affectionen handelte. — Von den Resectionen des Ellbogengelenks demonstrirte Volkmann einen Fall (Friedr. Farst, 39 Jahre alt), welcher wegen Zerschmetterung der Ulna durch Pferdehuftritt mit Eröffnung des Gelenks erst am dritten Tage nach der

Verletzung resecirt worden war. Trotzdem, nach Angabe Volkmann's absolut typischer Verlauf, totale Tiefenverklebung, nie ein Tropfen Eiter im wörtlichsten Sinne! Bei der Vorstellung befand sich Patient am 14. Tage nach der Operation und erhielt erst den 5. Verband. Die Gelenkhöhlenwunde war vollständig primär verklebt, die Hautwunde bis auf eine einzige Drainstelle ebenfalls verheilt. Aus der Drainröhre, die noch an demselben Tage ganz entfernt wurde, floss bei stärkstem Druck auf das Gelenk nicht ein Tropfen Secret; keine Schmerzhaftigkeit des Gelenks bei Druck etc.; leichtere passive Bewegungen erzeugten keinerlei Empfindungen. Der Arm war auf einer Watson' Schiene gelagert, welche von Volkmann in der Weise modificirt ist, dass die Hand in Supination steht, wodurch zugleich die Lagerung eine sehr viel sichere und festere wird. Volkmann wendet diese ausserordentlich brauchbare und bequeme Schiene bei Ellbogenresectionen, bei complicirten Fracturen des Vorderarms etc. mit grosser Vorliebe und gutem Erfolge an. — Uebrigens erfahre ich nachträglich, dass auch in diesem Falle am 19. Tage (6. Lister'scher Verband) die Wunde total und bleibend vernarbt war.

Hüftgelenksresectionen befanden sich gleichzeitig 6, bei Kindern zwischen dem 2. und 11. Lebensjahre, in Behandlung; sie waren sämmtlich wegen Caries gemacht worden und verliefen durchaus typisch. Die bezüglichen Operationen waren ausgeführt worden am 16. März, am 15. April, 17. April, 26. April, 20. Mai und 2. Juni. 2 Fälle von vorwiegendem Interesse wurden von Herrn Prof. Volkmann besonders demonstrirt und besprochen. In dem einen handelte es sich um einen sehr schweren mit weiten Hautablösungen verbundenen Fall (Carl Neuhaus, 8 Jahre alt). Der Knabe war vor 6 Wochen resecirt; bei der Vorstellung waren die Defecte vollständig ausgefüllt, nirgends mehr fistulöse Eiterung, nicht die geringste Schmerzhaftigkeit. In dem zweiten Falle, einer erst vor 9 Tagen wegen Caries und totaler Luxation ausgeführten Hüftresection bei einem 11jähr. Knaben, constatirten wir prima intentio der Wunde bis auf eine einzige Drainstelle. Bei stärkerem Drucke auf die Gelenkgegend, gegen den der Knabe völlig unempfindlich war, entleerten sich aus der Drainröhre kaum Spuren eines rein serösen nicht eitrigen Secrets, und selbst ausgiebige Bewegungen, welche mit dem resecirten Oberschenkel gemacht wurden, verursachten durchaus keinen Schmerz.

Kniegelenksresectionen befanden sich 3 in Behandlung. Sie waren sämmtlich wegen Caries mit Luxation des Unterschenkels nach hinten bei Kindern von 6 bis 9 Jahren unternommen worden. Auch hier typischer, d. h. vollkommen reactionsloser Verlauf. Alle wurden in Blechhohlschienen mit ⊥ förmiger Fussstütze behandelt. Der merkwürdigste Fall, welcher zugleich das glücklichste von Volkmann bei Knieresectionen unter dem Lister'schen Verbande erzielte Resultat darstellt, ist folgender:

Anna Meyer, 9 Jahre alt, Caries des rechten Kniees mit Luxation nach hinten und sehr grossem, noch geschlossenem Abscess an

der äusseren Seite des Femur. Resection des Gelenks, Spaltung und sorgfältige Ausschabung des Abscesses am 10. Mai. Absolute prima intentio sowohl der Gelenkspalte und der Hautwunde, als auch des Abscesses. Das die Gelenkspalte erfüllende Blutcoagulum organisirte sich. Am Tage der Vorstellung, also nach 4 Wochen, sah ich die Patientin bereits im geschlossenen Gypsverband, welcher seit einiger Zeit angelegt worden war. Ende Juni ging, wie ich später erfuhr, Patientin bereits sehr gut ohne Stock in einem geeigneten Schienenapparate. Die Narbe in der Haut über dem Gelenk ist hier so fein wie nach der gelungensten plastischen Operation. — Dieser gewiss über alle Maassen günstige Verlauf in dem letzteren Falle war natürlich nur möglich, weil der Abscess noch nicht aufgebrochen war. Die Knochen hatte Volkmann nicht abgesägt, sondern mit dem Messer abgeschnitten, wie dies bei Kindern fast ausnahmslos möglich ist.

Von den Fussresectionen sahen wir einen älteren Fall aus dem Jahre 1874. Bei einer Frau in den vierziger Jahren war wegen schlecht geheilter, in's Gelenk penetrirender Fractur mit hochgradiger Valgusstellung des Fusses die Totalresection des Tibio-Tarsalgelenks ausgeführt worden. Das Resultat dieser nach vollständig verheilter Fractur vorgenommenen Resection war in der That ausgezeichnet: es hatte eine sehr schöne Regeneration des Knochens stattgefunden, der Fuss stand in sehr guter Stellung, vollständig rechtwinklig ohne die geringste Pro- und Supination und das Sprunggelenk war deutlich activ beweglich. Der vorliegende Fall zeigt, dass es möglich ist, nach der Resection gute functionelle Resultate bei activ beweglichem Fussgelenke zu erzielen, Resultate, welche ceteris paribus doch wohl die nach Ankylose übertreffen dürften. Immerhin werden solche Fälle zu den Ausnahmen gehören. —

Von den Amputationsfällen erwähne ich kurz folgende. Zunächst demonstrirte Herr Prof. Volkmann eine Exarticulatio coxae bei einem 45jährigen Manne (Myxolipom des Oberschenkels von der Hinterbackenfalte bis zur Kniekehle reichend, fast 2 Fuss im Durchmesser). Am Tage der Vorstellung war derselbe vor 10 Tagen operirt worden (vorderer Lappen); Pat. war fieberfrei und die Operationswunde bis auf die 2 Drainstellen prima geheilt. Pat. hatte sich übrigens am Nachmittage des Operationstages so wohl gefühlt, dass er rauchend im Bett gefunden wurde.

Von Interesse ist noch, dass der Esmarch'sche Schlauch in diesem Falle, ohne Aortencompression, eine vollständig blutlose Operation ermöglichte.

Von den Oberschenkelamputationen sah ich eine primäre Amputation nach Zermalmung des Beines durch Ueberfahrung bei einer 84jähr. (!) Frau (Frau Hüter). Pat. war vor 7 Tagen operirt worden: es war absolute Tiefenverklebung trotz geringer geruchloser Lappengangrän eingetreten. Pat. war fieberfrei, hatte nach Angabe Volkmann's überhaupt kaum gefiebert; keine Schmerzen, keine Schwellung des Stumpfes. Wie ich nachträglich erfahre befindet sich Pat. auch

heute noch wohl und sitzt bereits im Bett. — Das so günstige Resultat bei dieser alten, noch dazu anämischen Frau wurde wohl zum Theil auch durch die Esmarch'sche Blutleere ermöglicht. Dass man jetzt bei heruntergekommenen, äusserst anämischen Patienten besonders Amputationen mit Aussicht auf Erfolg wagen kann, das verdanken wir ausser der antiseptischen Methode ganz besonders auch der Esmarch'schen Blutleere. — Die beiden anderen in der Heilung begriffenen Oberschenkelamputationen betrafen Männer mit schweren complicirten Unterschenkelfracturen, wo die conservative antiseptische Methode theils wegen Blutungen, theils wegen der erst im Verlauf der Behandlung sich herausstellenden zu grossen Schwere der Knochenverletzung aufgegeben werden musste. In beiden Fällen war mit vorderer Lappenbildung operirt worden, es war absolute Tiefenverklebung erreicht; beide Patienten waren fieberfrei.

Von 6 osteoplastischen Operationen nach Pirogoff erwähne ich besonders einen älteren Fall (Zermalmung des Fusses durch Auffallen einer mehrere Centner schweren Eisenplatte). Der Fall, am 21. April operirt, war deshalb von ganz besonderem Interesse, weil nach Aussage von Prof. Volkmann nicht nur absolute prima intentio erfolgte und die Heilung also wirklich ohne einen Tropfen Eiter von Statten ging, sondern Pat. auch am 30. Tage nach der Operation die ersten Gehversuche auf dem Stumpf zu machen begann. Das Bett hatte Pat. schon 14 Tage nach der Operation verlassen können.

Ein 2. Fall zeigte ein nicht minder schönes functionelles Resultat. Eine vor längerer Zeit operirte Frau war im Stande ohne Prothese auf dem nackten Stumpf Trab zu laufen, mit nur geringem Hinken. — Prof. Volkmann benutzte hier die Gelegenheit, um die Vortheile der von ihm geübten schiefen Durchsägung sowohl des Unterschenkels, als des Calcaneus klar zu legen, Vortheile, welche der zuletzt erwähnte vorgestellte Fall besonders illustrirte.

Zwei Syme'sche, am Tage unseres Besuches in Halle noch in Behandlung befindliche Fussamputationen waren ebenfalls local vollständig reactionslos verlaufen. In beiden Fällen war wegen Caries der Fusswurzel bei gleichzeitiger schwerer Erkrankung des Calcaneus operirt worden, in dem einen bei einem 12jähr. Knaben, in dem anderen bei einem 13jähr. Mädchen. Der Knabe, welcher bereits am 3. Tage nach der Operation das Bett verlassen hatte, war am Vorstellungstage vor 5 Wochen, das Mädchen vor 4 Wochen operirt worden. — Zum Schlusse sei noch einer Amputation des Humerus und einer Handexarticulation gedacht. In dem ersteren Falle (Herm. Schramm, 19 Jahre alt) war vor 7 Tagen wegen einer Maschienenverletzung die primäre Amputation des Oberarms gemacht worden. Kein Fieber, Heilung per primam; Pat. ist nicht bettlägerig gewesen und hat vom 4. Tage an weitere Spaziergänge gemacht. Die Handexarticulation (primär traumatisch, Ferd. Richter, 38 Jahre alt) war vor 15 Tagen operirt worden, auch hier absolute prima intentio mit fieberlosem Verlauf.

Von Osteotomieen wurden ein älterer und zwei neue Fälle vorgestellt. Die beiden letzteren betrafen:

1) Resectio cuneiformis tibiae wegen difform geheilter Unterschenkelfractur mit äusserster Valgustellung. Fieberfreier Verlauf ohne die geringste Eiterung; vor 4 Wochen operirt, bereits consolidirt.

2) Keilresection aus dem Femur dicht über der Gelenkspalte wegen spitzwinkliger Ankylose und gleichzeitiger Luxation des Unterschenkels nach aussen (Edm. Ludwig, 23 Jahre alt). Der Fall verlief ohne Eiterung, Temperatur bis 38,0, sonst nie erhöht. Auch hier war die Wunde bereits seit längerer Zeit vernarbt.

Von Mammaamputationen sahen wir 5 Fälle, davon 4 Fälle mit Ausräumung der infiltrirten Achseldrüsen. Die Achselhöhlenwunde hatte sich, wie uns versichert wurde, in allen vier Fällen per primam geschlossen, obgleich es sich um sehr ausgedehnte Operationen handelte. Z. B. hatte Volkmann in dem einen Falle gleichzeitig die Mm. pectorales major und minor vollständig hinweggenommen, den proc. coracoid. blossgelegt und in allen 4 Fällen die Achselvenen in grosser Ausdehnung frei präparirt. Drei dieser Fälle verliefen ganz fieberlos.

Zum Schlusse erwähnen wir noch einer vor wenigen Tagen ausgeführten und gelungenen Uranoplastik nach v. Langenbeck und eines Fibrosarcoms zwischen Scapula und Wirbelsäule. In dem letzteren ganz besonders interessanten Falle war die Geschwulst von stark Kindskopfgrösse (Längsdurchmesser 25 Cm.) und griff zum Theil weit unter die Scapula. Die von Volkmann ausgeführte Exstirpation der Geschwulst war eine ausserordentlich eingreifende Operation: die proc. spinosi der Wirbelsäule sowie der hintere Rand des Schulterblattes und der Spina scapulae wurden blossgelegt, die Rückenmuskeln zwischen Columna und Scapula weggenommen und letztere selbst vom Thorax abgelöst. Es trat absolute prima intentio der grossen Lappen ein, so dass nur in der Mitte ein flacher Defect zurückblieb, weil hier die mit dem Tumor verwachsene Haut hatte weggenommen werden müssen. Die Temperatur war nur 2 Mal über 38,0 erhöht. Pat. war vor 9 Tagen operirt und ist, wie mir nachträglich mitgetheilt wurde, am 14. Tage nach der Operation entlassen worden. Der Fall ist einer der grossartigsten Erfolge, welche nach Aussage von Prof. Volkmann unter dem antiseptischen Verbande mit methodischer Compression in der Halle'schen Klinik beobachtet wurden.

Gerade in solchen Fällen, wie im vorliegenden, fördert die methodische Compression die Heilung per primam gewiss ganz ausserordentlich.

Das sind die Resultate, welche Volkmann durch strengste Durchführung des antiseptischen Princips erzielt hat. Ich kann es wohl unterlassen, hier nochmals das Ungewöhnliche, das Neue in den vorliegenden Angaben hervorzuheben. So viel, glaube ich, steht fest, in den Erfolgen Volkmann's und auch anderer Anhänger Lister's, z. B. Thiersch's, finden sich zum Mindesten über-

raschende Momente; sie müssen den Gegnern des antiseptic treatment viel zu denken geben. Die Resultate fallen schwer in die Wagschaale für die Richtigkeit des Lister'schen Princips. In der That giebt es wohl für den praktischen Chirurgen kaum eine wichtigere, ernstere Frage als die der Wundbehandlungsmethode. Um so mehr muss man sich wundern, dass die von Lister behaupteten Thatsachen bis jetzt so wenig einer ernsten Prüfung von den Fachgenossen unterworfen worden sind. Wir müssen leider gestehen, dass wir, wie Volkmann mit Recht sagt (l. c. p. 3), »in der Lister-Frage einerseits über den die Beweisgründe nicht allzu ängstlich abwägenden principiellen Enthusiasmus und andererseits über die principielle passive Negation kaum noch hinausgekommen«. Manche Fachgenossen werden durch theoretische Bedenken von einem Versuch des antiseptic treatment abgehalten, sie können sich nicht zu der Lister'schen Annahme verstehen, dass die deletären Formen der Eiterung und Entzündung auf einem parasitären Einflusse beruhen. Wie uns aber das Beispiel von Volkmann und Thiersch beweist, kann man in praxi treuer Anhänger der antiseptischen Wundbehandlung sein, ohne deshalb der »Pilz-Theorie« ohne Weiteres beipflichten zu müssen. Auch wird in diesem Puncte Lister wohl seine früheren Ansichten modificiren, nachdem Ranke*) in typisch verlaufenden Fällen unter dem Lister'schen Verbande Bacterien etc. gefunden hat. — Wieder andere Fachgenossen halten den Lister'schen Verband für zu theuer, um Versuche damit anstellen zu können. Ich glaube auch diese Entschuldigung dürfen wir nicht gelten lassen. Zunächst muss man bedenken, dass die Kostspieligkeit des Verbandes dadurch geringer wird, dass die Zahl der Verpflegungstage der einzelnen Patienten bei der antiseptischen Behandlung ebenfalls abnimmt. Sodann kann man bekanntlich auch den Preis wesentlich dadurch herabsetzen, dass man die Thiersch'sche**) Methode wählt oder beim typischen Lister-Verbande statt der gewöhnlichen Lister'schen Carbolbinden einfache in wässrige Carbollösung getauchte Mullbinden anwendet. Und wenn wir schliesslich noch an die wohl feststehende Thatsache erinnern, dass strengste Antisepsis am wirksamsten vor Hospitalbrand, Pyämie und Septikämie schützt, dass sie somit aus einem in sanitärer Beziehung schlechten Hospitale ein gutes macht, dann sollte man meinen, dass die Kostspieligkeit des antiseptischen Verbandes nicht allzu sehr von seiner Anwendung abhalten dürfte.

Zum Schlusse möchte ich nur noch einen Punct hier kurz erwähnen. Wenn man die heutige chirurgische Journal-Litteratur

---

*) Centralblatt für Chirurgie 1874. No. 13.

**) C. Thiersch, Klinische Ergebnisse der Lister'schen Wundbehandlung und über den Ersatz der Carbolsäure durch Salicylsäure. Sammlung klinischer Vorträge herausgegeben von Prof. Volkmann. No. 84—85. Leipzig 1875. Breitkopf & Härtel.

durchblättert, so findet man oft casuistische Mittheilungen, in welchen kurz für oder gegen Lister raisonnirt wird. Es ist irgend ein Fall angeblich »streng nach Lister« operirt worden und je nach dem Erfolg wird für oder gegen die antiseptische Wundbehandlung Stellung genommen. Solche einmaligen Versuche beweisen aber nichts. Möchten doch die betreffenden Autoren nicht glauben, dass sie wirklich »streng nach Lister« verfahren haben. Man kann nicht so ohne Weiteres die antiseptische Methode praktisch durchführen, sie muss erst durch ernste Uebung erlernt werden, besonders muss das Wartepersonal geschult werden, will man Erfolge, wie die oben mitgetheilten, erzielen. Ebenso wie diesen einmaligen Lister-Versuchen fehlt auch den rein theoretischen Raisonnements ohne praktische Belege jede Beweiskraft.

Doch wenn wir auch eine noch allseitigere Prüfung der Lister'schen Methode baldigst wünschen möchten, so wollen wir doch vorläufig damit zufrieden sein, dass das antiseptische Princip der Wundbehandlung in Deutschland wenigstens festen Fuss gefasst hat. Vielleicht dürfen wir erwarten, dass auch die hier mitgetheilten Erfolge Volkmann's den einen oder anderen Fachgenossen zu einem ernstgemeinten Versuch mit der antiseptischen Wundbehandlungsmethode anregen.

Und wenn sich erst das Princip der antiseptischen Wundbehandlung allgemeiner Bahn gebrochen, dann werden sich zweifellos bald die heilsamen Folgen auf die Entwickelung unserer chirurgischen Disciplinen zeigen. Es ist noch nicht abzusehen, in wie weit die chirurgischen Indicationen, die Operationstechnik etc. von dem antiseptic treatment modificirt werden wird. Bezüglich der chirurgischen Statistik können wir schon heute sagen, dass sie durch die antiseptische Methode jedenfalls gewaltig umgestaltet wird. Die früheren Zahlen werden mehr oder minder an ihrem Werthe verlieren, ganz andere Gesichtspuncte werden bei der Anfertigung statistischer Zusammenstellungen massgebend sein. —

P. L. Panum. Zur Orientirung in der Transfusionsfrage.

(Virch. Archiv Bd. LXIII. p. 1.)

Die Ansicht, es sei möglich durch Bluttransfusion einem Individuum unmittelbar Nahrungsmaterial zuzuführen, ist falsch. Es ist nicht möglich das Leben eines Individuums durch wiederholte Transfusionen zu erhalten, wie P. schon durch frühere Experimente nachgewiesen hat. So nimmt bei der Inanition die relative Blutmenge nicht ab, die relative Menge der Blutkörperchen und des Faserstoffes wird nicht merklich verändert. Die Menge der Eiweissstoffe des Serum wird etwas, aber nur unbedeutend vermindert und nicht einmal ganz

constant. Ebenso bleibt der grösste Theil der einem hungernden Thiere durch wiederholte Transfusionen zugeführten fremden Blutkörperchen erhalten. Ihre Substanz dient nicht als Nahrungsmaterial zur Deckung der unvermeidlichen Abgabe des Stoffwechsels, ihre Gegenwart scheint im Gegentheil, vielleicht durch Vermehrung des Sauerstoffverbrauches, zur Vergrösserung des bei der Inanition eintretenden Gewichtsverlustes beizutragen. Die physiologische Bedeutung des Blutes für die Ernährung besteht darin, dass es als ein flüssiges Gewebe mit Hülfe des Kreislaufes zum Transportmittel dient für andere Stoffe, welche nicht den eigentlichen constituirenden Bestandtheilen des Blutes angehören, namentlich für die vom Darm aufgenommenen Nahrungsstoffe auf ihrem Wege zu den Geweben. Von der grossen Masse dieser Stoffe aber, die, in 24 Stunden durch das Pfortaderblut und durch den Chylus vom Darm aufgenommen werden, ist in jedem einzelnen Moment nur sehr wenig im Blute vorhanden.

»Ebensowenig kann man den Organismus durch eine mit Depletion verbundene Transfusion von schädlichen Excretionsstoffen oder von solchen giftigen Substanzen befreien, welche immerfort im Organismus gebildet und reproducirt werden.« Das bei Pyämie, Erysipelas, Diphtheritis wirksame Gift wird sicher nicht nur im Blut, sondern auch immerfort in den Geweben des kranken Organismus erzeugt. Bei der Grösse dieser Bildungsfähigkeit, bei der Schnelligkeit des Kreislaufes ist die Giftmenge, welche sich durch die Depletion entfernen lässt, verschwindend klein zu nennen, im Verhältniss zu der während eines Tages producirten Menge. Nach P. lassen sich Blutkörperchen von einem Individuum in ein anderes Individuum derselben Art recht wohl transplantiren. Sie bewahren im gequirlten, defibrinirten Blut ihre Form und ihre Fähigkeit durch Aufnahme von Sauerstoff Oxyhämoglobin zu bilden. Defibrinirtes Blut soll also für die Transfusion gleichwerthig mit ursprünglichem nicht defibrinirtem Blut sein.

Die Transfusion hat nur eine unzweifelhaft rationelle Indication. Sie ist nur am Platz, wo der Mangel an functionsfähigen rothen Blutkörperchen die primäre und wesentliche Krankheitsursache bildet. Zur Diagnose dieses Blutkörperchenmangels genügt es nicht, auf Puls, Gesichtsfarbe, Temperatur, Rücksicht zu nehmen, sondern die Vornahme einer sorgsamen Blutuntersuchung ist unerlässlich. Dieselbe soll nach P.'s Vorschlag nach der Methode von Malassez (cf. Centralbl. f. Chir. 1874, p. 37) geschehen, was in etwa $^1/_2$ Stunde und mit einem nur kleinen Bluttröpfchen ausführbar ist.

Als Contraindication der Transfusion erscheint grosse Schwächung des Nervensystems, speciell der Herznerven, welche den Eintritt einer Paralyse des Herzens während der Transfusion befürchten lässt. — Aus dem zweiten, längeren Theil der P.'schen Arbeit, die in vorwiegend polemischer Art sich mit den Arbeiten von Gesellius und Hasse beschäftigt und zum Theil in ihren Resultaten mit denen von Ponfick (Centralbl. für Chirurg. 1875, No. 19) völlig übereinstimmt, seien nur folgende Sätze hervorgehoben. Die unmittelbare

Transfusion ist ohne grosse Schwierigkeit ausführbar, aber mit drei wesentlichen Misslichkeiten verbunden. Die transfundirte Blutmenge ist nur dadurch zu bestimmen, »dass man die beiden betreffenden Individuen, vor und nach der Transfusion, auf einer hinreichend grossen und fein ziehenden Wage wägt; man ist also ausser Stand die Transfusion gerade dann zu unterbrechen, wenn eine vorher bestimmte Blutmenge transfundirt ist«. Das von Hasse benutzte Zeichen des Eintritts von Ohnmacht und Bewusstlosigkeit bedeutet nur, dass in dem Moment das Leben des Individuums durch Ueberfüllung des rechten Herzens bedroht ist, es zeigt nicht an, ob die Blutmenge, die der Kranke bekommen hat, gross oder gering ist, indem man durch schnelle und forcirte Injection die genannten Erscheinungen schon mittelst einer verhältnissmässig sehr geringen Blutmenge hervorbringen kann. Bei der unmittelbaren Transfusion ist man niemals sicher, dass nicht Blutgerinnsel mit transfundirt werden. Die Schnelligkeit des Ueberströmens des Blutes ist nicht zu reguliren und es kann die Transfusion aus diesem Grunde lebensgefährlich werden. — Die Transfusion mit defibrinirtem Blut verdient nach P. mit Rücksicht auf die leichte und sichere Ausführung der Operation unbedingt den Vorzug vor der mit nicht defibrinirtem Blut. Neue Versuchsreihen beweisen, dass Magendie's Theorie von der Bedeutung des Faserstoffes für den Durchgang des Blutes durch die Capillaren unrichtig ist. Transfusion von Lammblut oder Thierblut überhaupt ist nicht im Stande dem Mangel an functionstüchtigen Blutkörperchen abzuhelfen, da die fremdartigen Blutkörperchen sehr bald im blutempfangenden Organismus zu Grunde gehen. — Zahlreiche werthvolle Bemerkungen über die Technik der Operation finden sich in der ganzen Arbeit zerstreut und sind im Original nachzusehen.

Madelung (Bonn).

Bollinger. Zur Aetiologie der Kälberlähme, nebst Bemerkungen über Vergiftung durch Kalbfleisch.

(Deutsche Zeitschrift f. Thiermed. u. vergl. Pathologie 1875. Bd. I. Hft. 1.)

Wie früher für die Fohlenlähme (Virch. Arch. Bd. 58, p. 329), so weist B. jetzt auch für die als Lähme oder Gelenkseuche bezeichneten Krankheitsformen innerhalb der ersten Lebenswochen bei Kälbern nach, dass das Wesentliche des Processes eine mit Metastasen einhergehende Pyämie, ausgehend von einer eiterigen Nabelvenenentzündung, sei. Die Ursache der grossen Häufigkeit dieser Processe sieht B. in der vollkommen mangelnden Nabelpflege und der häufigen Berührung der frischen Nabelwunde beim Niederlegen des Thieres in einem aus Koth, Harn und Fäulnissproducten zusammengesetzten Bade, welches die Wunde auf die einfachste Weise mit giftigen, fermentirenden Stoffen inficirt. Das enzootische Auftreten

der Lähme in Gestüten vergleicht er mit dem endemischen Auftreten der Pyämie und Septikämie in unsern Gebärhäusern; doch besteht insofern ein wesentlicher Unterschied zwischen Mensch und Thieren, als in Gebärhäusern in der Regel mit der Pyämie der Säuglinge gleichzeitig Puerperalfieberepidemieen beobachtet werden, während bei den Thieren letztere meist fehlen. Dies erklärt B. aus der Seltenheit der manuellen Untersuchungen und Hülfsleistungen bei Hausthieren, sowie aus dem Umstande, dass die Lösung der Placenta bei letzteren aus anatomischen Gründen ohne Gefässzerreissung vor sich geht, mithin auch die Innenfläche des Uterus nach der Geburt keine eigentliche Wundfläche darstellt.

Im Anschluss daran wird ein Fall mitgetheilt, in welchem der Fleischgenuss eines frisch geschlachteten Kalbes mit congenitaler Pyämie schwere Vergiftungserscheinungen bei 27 Personen und einen Todesfall herbeiführte. Die Symptome bestanden in heftigem Brechdurchfall mit cerebralen Störungen und ähnelten denen bei Wurstgiftintoxication. **Arn. Hiller** (Berlin).

Voltolini. Ein besonderes Stethoskop.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 16.)

Verf. bedient sich eines Hörrohrs, bestehend aus einem $1-1\frac{1}{2}'$ langen Gummischlauch, der unten ein trichterförmiges Ende, oben einen eichelförmigen Zapfen trägt. Letzteren stopft man sich in das Ohr, das erstere setzt man auf die zu untersuchende Stelle. Es ist dieser Apparat sowohl acustisch richtig construirt, als praktisch brauchbar. Bei unseren gebräuchlichen soliden oder durchbohrten Stethoskopen liegt der Hauptfehler darin, dass die »physikalisch unbegreifliche Platte«, auf welche die Ohrmuschel aufgelegt wird, nicht dicht durch das Ohr geschlossen wird; jener Zapfen dagegen kann bis an den knorpeligen Theil des Ohres fest eingepresst werden.

v. Mosengeil (Bonn).

Al. Ulwersky. Zur Frage über die traumatische Leberentzündung.

(Virch. Archiv Bd. LXIII. p. 189.)

Die Untersuchungen wurden im Laboratorium für allgemeine Pathologie in Kiew ausgeführt. Zum Hervorrufen der Entzündung wurden Holzsplitter, zusammengedrehte Seidenfäden in die Leber von Fröschen, Kaninchen, Hunden eingeführt, desgleichen durch Einstich verdünnte Ammoniaklösung eingespritzt. Die Leberzellen nehmen keinen activen Antheil an der Entzündung, sondern werden auf dem Wege regressiver Metamorphose zerstört. Die Eiterkörperchen stellen nicht Theilungsproducte der Leberzellen dar, sondern sind emigrirte

farblose Blutkörperchen. Die Neubildung von Bindegewebe, als Product der Entzündung, erfolgt wahrscheinlich auch auf Kosten der letzteren.

Madelung (Bonn).

Spiegelberg. Ueber die Fissur des Blasenhalses, mit Bemerkungen über die rapide Dilatation der Harnröhre beim Weibe.

(Vortrag in der med. Section der Schlesischen Gesellschaft.)

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 16.)

Verf. berichtet über die in der Litteratur bisher nirgends erwähnte Affection, dass er sie bei rapider Dilatation der Harnröhre in einem Falle von lange bestehenden Blasenkrämpfen entdeckte. Nach einem Wochenbette waren dieselben zurückgeblieben und keiner Behandlung gewichen. Sp. vermuthete Polypen im sogenannten Blasenhalstheile, führte zu ihrer Beobachtung ein Ellinger'sches Dilatatorium in die Urethra und öffnete es. Es folgte heftiger Schmerz, der bald nachliess; Polypen wurden nicht gefunden. Es besserte sich der Zustand merklich. Verf. führte nach einigen Tagen einen Busch'schen Dilatator ein, und danach ein sogenanntes Intrauterinspeculum nach Jobert. Jetzt konnte man an der obersten, engsten Partie der Urethra eine $1^1/_2$ Cm. lange wunde, granulirt aussehende Stelle erkennen. Sie blutete nicht. Aetzung mit dem Lapisstifte führte in 5 Tagen völlige Heilung herbei. Ein Parallelfall, der auch aus dem Wochenbette datirte, wurde in der Narcose gleichartig behandelt und ebenso schnell geheilt. Die Bezeichnung Fissur ist von dem seinem Wesen nach ähnlichen Leiden gleichen Namens am Anus genommen. — Hinsichtlich der brüsken Dilatation sagt Sp., dass sie zuerst von P. Hybord und Simonin 1872 geübt sei. Sp. selbst nimmt meist mit Dilatatorien (nach Ellinger, Busch's Uterusdilatator, Simon'sche Specula etc.) die Erweiterung vor, Andere mit den Fingern. In der Narkose kann man bis auf $2^1/_2$ Cm. erweitern, ohne Incontinenz fürchten zu müssen. Nach der Dilatation kann man Digitalexplorationen, Inspectionen und die eigentlichen Operationen, deren Voract die Erweiterung war, vornehmen.

v. Mosengeil (Bonn).

H. Fehling und **G. Leopold.** Ein Beitrag zur Lehre von den kystischen Myomen des Uterus (Myosarcoma lymphangiectodes uteri).

(Novembersitzung 1874 der geburtshülflichen Gesellschaft zu Leipzig.)

Bei einer an Tumor uteri leidenden 37jähr. Frau war die Diagnose auf Fibromyom des Uterus mit theilweiser kystischer Entartung gestellt. Mit einem krummen Troikart wurde vom vorderen Vaginalgewölbe die fluctuirende Stelle der Geschwulst punctirt und hierbei 1500 Gm. einer hellgelben Flüssigkeit entleert, die sofort an der Luft zu einer

klaren Gallerte gerann, chemisch wesentlich nur durch ihren Gehalt an Fibrin von Ovarialcysteninhalt sich unterschied. In die Punctionsöffnung wurde ein Mercier'scher Katheter eingelegt, aus dem sich in den nächsten Tagen noch etwas Flüssigkeit entleerte. Septicämisches Fieber, Abgang von Blut, später chocoladenfarbiger Jauche aus der Punctionsöffnung. Tod. Nach Leopold's Untersuchung war die Geschwulst aufzufassen als Myom, dessen Hohlräume durch die Erweiterung wirklicher Lymphgefässe herbeigeführt worden waren. Den diagnostischen Werth der Punctionen bei Unterleibstumoren macht auch dieser Fall deutlich. Aber ebenso erhellt auch hieraus die Gefahr der Punctionen, wenn man es mit Kysten zu thun hat, deren dicke Wandungen sich nach der Punction nicht an einander legen können. Jedenfalls empfiehlt es sich den Dieulafoy'schen Apparat zu benutzen und nur so viel Flüssigkeit abzuzapfen, als zur Stellung einer sicheren Diagnose nöthig ist. **Madelung** (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

G. Juillard. Note sur une nouvelle sonde métallique.

(Bulletin de la société médicale de la Suisse romande. 1875. No. 4.)

Zur leichten Einführung von elastischen Kathetern in die Blase, wenn silberne ohne grosse Mühe sich einführen lassen, während erstere, wie es nicht selten ist, entweder gar nicht oder nur sehr schwer hineingebracht werden können, bedient sich J. eines silbernen, vorn abgeschnittenen durch einen dickgeknöpften Mandrin verschliessbaren Katheters.

Nach Entfernung des Mandrin wird durch den Katheter ein geknöpfter 70 Cm. langer silberner Leitungsdraht eingeführt, über welchen zunächst der silberne Katheter herausgezogen, und dann der vorn ebenfalls abgeschnittene elastische hineingeführt wird.

Verf. theilt 5 Fälle mit, wo es nur durch diese Methode möglich wurde, zum Ziele zu kommen. **Girard** (Bern).

C. F. Wahlberg. Mikroskopisk undersäkning af tumörer.

(Finska Läkaresänskapets Handlingar Bd. XVI. No. 4.)

Es werden die Resultate der Untersuchung zweier Tumoren aus der Vagina mitgetheilt, eines Spindelzellen- und eines kleinzelligen Rundzellensarcoms. Beide waren stark vascularisirt. Die zweite Geschwulst stammte aus der Vagina eines 2jähr. Kindes und war von so weicher Consistenz, dass der Operateur sie nur in sehr kleinen Stücken entfernen konnte. Die Grösse des Tumors deshalb sehr schwer zu bestimmen; das grösste Stück, welches zur Untersuchung kam, war etwa von der Grösse einer Wallnuss, sehr weich und auf der Schnittfläche braun und weisslich. An diese beiden Fälle wird eine Betrachtung über das Entstehen der Rundzellensarkome geknüpft. In der ersten Geschwulst war nämlich die Bindegewebsnatur leicht zu erkennen. Die Zellen des zweiten Tumors glichen aber durchaus den farblosen Blutkörperchen und müssen als solche betrachtet werden. Zu Gunsten dieser Ansicht spricht auch der Bau des Tumors, denn erstens war derselbe reich an Venen und Capillaren, durch welche eine Diapedesis der Blutkörperchen stattfindet. Dagegen war die Zahl der Arterien eine sehr kleine und in Folge dessen muss die venöse Blutcirculation, durch Mangel einer starken vis a tergo eine sehr langsame gewesen sein, welches, wie Cohnheim nachgewiesen, eine nothwendige Bedingung für das Zustandekommen einer Diapedesis ist. Zweitens ist die Aehnlichkeit zwischen dieser Geschwulst und einem organisirten Thrombus

allzu gross, um ignorirt werden zu können, und drittens sieht man innerhalb der Gefässe Zellen von derselben Natur, wie die in der Geschwulst.

Weitere Studien in dieser Frage, mit welcher der Verf. beschäftigt ist, sollen später mitgetheilt werden. **Wahlberg** (Helsingfors).

Wright. Stillborn foetus at full term, with congenital lipoma attached to the roof of mouth and case of skull.

(New York med. Journal 1875. Bd. XXI. Hft. 4. p. 392.)

Ein sonst wohlgebildetes und ausgetragenes Kind stirbt sofort nach der Geburt. Ein einer Zungenspitze ähnliches Gebilde ragte zwischen den Lippen hervor. Es ist das Vorderstück einer abgeplatteten eiförmigen Geschwulst, die am harten Gaumen und der Schädelbasis festsitzt, die Choanen verschliessend bis auf eine enge nur eine Sonde durchlassende Spalte. Die Oberfläche der Geschwulst bedeckt weiches flaumiges Haar und ein Epithellager mit Haarbälgen und Talgdrüsen. Die eigentliche Masse der Geschwulst besteht aus quer gestreiften Muskeln und aus Fettgewebe. **Madelung** (Bonn).

R. F. Weir. Ichthyosis of the tongue and vulva.

(New York med. Journal 1875. Bd. XXI. Hft. 3. p. 240.)

Verf. giebt nach Aufzählung des bisher über diese Affection in der englischen und französischen Litteratur Mitgetheilten 9 Krankengeschichten von Ichthyosis der Zunge, eine von dem bisher unbeobachteten Vorkommen desselben Leidens auf der Schleimhaut der Scheide. Eine Frau litt seit dem 16. Jahre an ausserordentlich starkem Pruritus vaginalis, gegen den sie in letzter Zeit vergeblich 10—12 Gran Morphium täglich nahm. Excision und Galvanocauterisation der Schleimhaut der Labia minora waren ohne dauernden Erfolg. 1869 wurde die Ichthyosis der kleinen und theilweise der grossen Schamlippen constatirt und ohne Erfolg behandelt. 1870 mussten dieselben Theile wegen ausgebildeten Epitheliacalrcinoms entfernt werden. **Madelung** (Bonn.)

Fergusson M'Gill. Aneurysma der Subclavia behandelt mit temporärer directer Compression des Gefässes.

(The Lancet 1875. Vol. 1, p. 612. Med. chirurg. Gesellsch.)

M'Gill berichtet über einen Fall von Aneurysma der Subclavia bei einem 34jähr. Manne, der seit 3 Jahren eine pulsirende Schwellung im äusseren Drittel der Subclavia bemerkt haben will. Digitalcompression und Knetung wurde ohne Erfolg angewandt; dagegen schaffte Galvanopunctur mehrfach vorübergehende Besserung. Als das Aneurysma immer mehr zunahm, die Schmerzen im Arme heftiger wurden, legte Verfasser an der im ersten Drittel freigelegten Subclavia (bei der Freilegung wurde die Pleurahöhle eröffnet) eine Torsionszange durch $10\frac{1}{2}$ Stunde an, um ohne (?) Schädigung der Gefässhäute Gerinnung im Sacke herbeizuführen; am 2. Tage erfolgte von Neuem vorübergehende Pulsation im Aneurysma; bald auftretende Pleuritis und Bronchitis führten nach 5 Tagen den Tod herbei. Die Untersuchung des Aneurysma ergab volle Ausfüllung mit Fibrinmassen, die Wandungen an der Compressionsstelle gesund; das Aneurysma begann $\frac{1}{4}''$ entfernt vom trunc. thyr. cervic. und mass $3\frac{1}{4}$ Länge. Der Operateur glaubt, dass der Sectionsbefund eine Heilung des Aneurysmas hätte erwarten lassen (?). **Pils** (Stettin).

Désormeaux. Uréthrotomie interne endoscopique.

(Revue de thérapeutique médic.-chirurg. 1875. No. 4.)

D. räth, die innere Urethrotomie der grösseren Sicherheit wegen immer in Verbindung mit der künstlichen Beleuchtung der Harnröhre (Endoscopie) auszuführen und beschreibt zu dem Zweck den von ihm erfundenen Beleuchtungsapparat. Bereits am 5. Juli 1865 hat er der Société de Chirurgie 17 auf diese Weise mit günstigem Erfolge behandelte Fälle mitgetheilt; doch ist er bis heute noch der einzige Chirurg zu Paris, der die Endoscopie hierbei anwendet. **Arn. Hiller** (Berlin).

Lannelongue. Fistules urinaires multiples; induration du périnée; résection.

(Revue de thérapeutique médic.-chirurg. 1875. No. 3.)

Mehrfache Urethro-Perinealfisteln mit Induration des umliegenden Gewebes heilte L. dadurch, dass er, nach Einführung eines dicken elastischen Gummicatheters in die Harnröhre und Spaltung des längsten, median gelegenen Fistelganges, die indurirten Dammpartieen sammt den kleinen Gängen excidirte und die Wunde mit dem Glüheisen cauterisirte. Das Verfahren stammt von Voillemier (Gaz. hebdom. 1874, 379), der auf diese Weise 11 Kranke heilte.

Arn. Hiller (Berlin).

H. W. Brock. Report of cases of strangulated inguinal hernia.

(New York med. Journal 1874. Oct. No. 115. p. 381.)

1. Fall. Hernia inguinal. obliq. bei einem 61jähr. Manne, seit 11 Jahren bestehend, während eines Rittes incarcerirt. Taxis erfolglos. Tod nach 48 Stunden.

2. Fall. Hernia inguinal. obliq. Bei einem 70jähr. Manne. Nach 42stündiger Incarceration und erfolgloser Taxis Herniotomie mit Eröffnung des Bruchsackes. Der Inhalt des Bruches bestand aus einer Darmschlinge und Netz. Nach dem Einschneiden des Annul. inguin. ext. wurde die Darmschlinge reponirt, eine Partie des hypertrophirten Netzes abgebunden und abgeschnitten. Heilung.

3. Fall. Hernia inguinal. direct. Bei einem Manne von 27 Jahren. Nach 14stündiger Incarceration Herniotomie mit Eröffnung des Bruchsackes und Reposition mehrerer Darmschlingen. Heilung.

4. Fall. Doppelseitige angeborene Leistenhernie mit Cryptorchismus bei einem 24jähr. Manne. Rechterseits nach 10stündiger Incarceration und erfolgloser Taxis Herniotomie mit Eröffnung des Bruchsackes (Process. vagin.). Der Inhalt des Bruchsackes bestand aus einer Darmschlinge und dem etwas atrophischen Hoden. Nach Einschneiden des Bruchsackhalses wurde die Reposition der Darmschlinge und hierauf die Exstirpation des unvollständig descendirten Testikels gemacht.

P. Bruns (Tübingen).

Ranke. Aus der Klinik des Prof. Volkmann. Pseudarthrose des Unterschenkels; treppenförmige Resection mit Aneinandernietung durch Elfenbeinstifte. Heilung.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 17.)

Bei einem Falle von Pseudarthrose mit bedeutender Uebereinanderschiebung der Fragmente erwies sich das in der Ueberschrift angegebene Verfahren von bestem Erfolg. Bei einer anscheinenden Uebereinanderschiebung der Fragmente von $2^1/_2''$ war nur eine Beinverkürzung von $^5/_4''$ vorhanden. Es war ein ursprünglicher Schrägbruch gewesen, die Bruchenden täuschten aber, durch Calluswucherung verdickt, einen Querbruch mit starker Verschiebung vor. Die Fragmente wurden durch einen fünfzölligen Hautschnitt frei gelegt, die äussersten Enden abgesägt, vom vorderen Fragmente die hintere Hälfte, vom hinteren die vordere, soweit sie übereinander lagen mit dem Meissel weggenommen, die wundgemachten Knochenflächen an einander gepasst und durch geeignete Lage der Sprengflächen richtige Stellung der etwas nach innen rotirt gewesenen Fussspitze erzielt. In der coaptirten Stellung der Fragmente wurden diese doppelt durchbohrt und durch Elfenbeinstifte zusammen genagelt. Lister'scher Verband und gefensterter Gypsverband. — Trotz günstigem Wundverlauf anfangs starkes Fieber. Nach 7 Wochen die gelockerten arrodirten Stifte entfernt. Heilung erfolgte nach Ausstossung einiger Knochensplitter mit flacher aber ausgedehnter Callusbildung.

v. Mosengeil (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 30. **Sonnabend, den 24. Juli.** **1875.**

Chronische vollständige Dysphagie, veranlasst durch Verdickung des Ringknorpels des Larynx.

Von

Prof. **Wernher** in Giessen.

Ueber vollständige Dysphagie, veranlasst durch chronische Anschwellung und Verknöcherung des Schildes der Cartilago cricoidea, existirt bis jetzt nur eine Beobachtung, von Travers, »A case of ossification and bony growth of the cartilages of the larynx, preventing deglutition«, welche in Vol. VII der London med. chirurgical transactions mitgetheilt worden ist. Die systematischen Handbücher der Chirurgie übergehen diese Ursache der Unfähigkeit, Nahrung durch den Oesophagus passiren zu lassen, durch welche eine enge Strictur desselben täuschend simulirt wird, durchaus. Die Specialisten, wie Türck (Klinik der Kehlkopfkrankheiten), geben nur die Beobachtung

von Travers und auch nur nach der ungenauen Uebersetzung von Albers (Pathologie und Therapie der Kehlkopfkrankheiten). Dieser hat in dem betreffenden Abschnitte noch einige weitere Citate, welche sich aber, bei Vergleichung der Originalien, als nicht hierher gehörig erwiesen haben, so aus Bonetus. Hamburger (Oesophagus-Krankheiten) citirt ohne nähere Angabe Shaw, wahrscheinlich aber nur aus einer Verwechslung mit Paw, den Albers unrichtig anführt.

Somit scheint unsere Kenntniss dieser Form von Dysphagie auf einer einzigen Beobachtung zu beruhen. Da aber Verknöcherungen und Anschwellungen der Kehlkopfknorpel in vorgerücktem Alter durchaus nicht selten sind, so halte ich es für sehr möglich, dass sie weniger ungewöhnlich ist, als es scheint, und dass sie nur, wegen der täuschenden Aehnlichkeit der Erscheinungen, mit Stricturen des Oesophagus verwechselt wird. Es scheint mir daher nicht ungeeignet, durch Besprechung der nachfolgenden Beobachtung die Aufmerksamkeit von neuem auf diesen Gegenstand zu lenken.

P. Quanz, ein gesund und kräftig aussehender Mann von 54 Jahren, suchte im academischen Hospitale Hülfe wegen beinahe vollständiger Unfähigkeit zu schlingen. Seit etwa 9 Wochen ist er ausser Stande Anderes, als Flüssigkeiten, Milch und Wasser hinabzubringen und auch diese können nur mit Beschwerden, Schmerz, und indem häufig einzelne Theile in die Stimmritze gelangen, geschluckt werden. Die Speisen werden häufig unverändert regurgitirt. Diese weitgehende Dysphagie war das erste und ist bis jetzt, die aus dem Nahrungsmangel entspringende, nicht sehr beträchtliche Abmagerung und Entkräftung abgerechnet, das einzige subjective Sympton der Krankheit. Der Kranke hat kein Fieber, Respirationsstörungen, Husten sind nicht beobachtet worden. Die Schleimhaut des Mundes, die Tonsillen und die Schilddrüse sind normal; die Stimme ist nicht verändert und der Kehlkopf folgt den Bewegungen des Schlingens. Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt Nichts. Eine Schlundsonde von gewöhnlicher Dicke wird etwas höher oben, als es bei Stricturen des Oesophagus zu geschehen pflegt, aufgehalten, und alle Versuche sie weiter zu führen sind vergeblich. Auch dünnere Sonden und zuletzt ein Harnröhrenkatheter können nicht über das Hinderniss gebracht werden. Nur nach vielen Versuchen gleitet derselbe, als man ihn mit einem Mandrin versehen einführt und möglichst weit nach hinten und zur Seite, nach links, richtet, über das Hinderniss weg und jetzt ohne Anhalt beliebig tief. Diese Versuche, die Sonde einzulegen, sind sehr wenig schmerzhaft und erregen kaum Würgen. Augenscheinlich ist die verengte Stelle nur ganz schmal und sehr wenig empfindlich. Nach und nach lernt man auch die stärksten Sonden mit Leichtigkeit einführen, indem man ihre Spitze nach links richtet und den Kehlkopf von vorn umfasst und von der Wirbelsäule abzieht. Auch die stärksten Sonden werden nicht festgeklemmt, wenn sie durch die verengte Stelle durchgeführt sind. Wenn der Finger möglichst tief in den Pharynx eingebracht wird, so erreicht seine Spitze den

rundlichen glatten Vorsprung, den die Cartilago cricoidea in den Schlund hinein macht und auf welchem sich die Sonden, wenn sie ohne die obenbeschriebene Manipulation eingeführt werden, aufstemmen.

Wiederholte Einführungen von Sonden verschiedenen Calibers, der Gebrauch von Narcoticis etc. bleiben völlig erfolglos. Der Kranke ist, nachdem eben erst die dickste Sonde bis in den Magen geführt worden war, ebenso unfähig zu schlucken, als vorher. Die Ursache der Schlingbeschwerde lag nicht in dem Oesophagus, sondern im Larynx, namentlich in der Anschwellung der Cartilago cricoidea, und wenn hiermit jede Hoffnung aufgegeben werden musste, durch Schlunddilatation etwas zu erreichen, so erschien doch die Gefahr geringer, als bei Schlundstricturen, weil die Krankheit, aller Wahrscheinlichkeit nach, nicht fortschreitend ist, und Schlundröhren auf die oben angegebene Weise immer werden eingeführt werden können.

Ueber die Ursachen ist Nichts bekannt geworden. Der Kranke war nie syphilitisch, entzündliche Zustände sind nicht vorausgegangen. Die Veranlassung scheint allein in der Disposition zu suchen zu sein, welche das vorgerückte Alter für Verknöcherungen des Kehlkopfes giebt.

Augenscheinlich war in dem vorliegenden Falle die Anschwellung der Cartilago cricoidea nicht mit endzündlichen Erscheinungen und nicht mit der Bildung sub-perichondraler Abscesse verbunden. Hierin liegt seine höhere Bedeutung für die Feststellung einer besonderen Form chronischer Dysphagie. Schlingbeschwerden bei acuten Kehlkopfkrankheiten, bei Perichondritis laryngea und Larynx-Abscess sind nicht selten und die Verkalkungen der Kehlkopfknorpel sind im höheren Alter so häufig, dass sie kaum als pathologische Zustände angenommen werden können. Nekrosen und Caries der verkalkten Knorpel sind oft beobachtet, und damit zugleich, wenn sich Laryngeal-Abscesse bilden, Schlingbeschwerden. Dagegen war complete Dysphagie bei durchaus entzündungslosen Verkalkungen des Ringknorpels bis jetzt so gut wie unbeachtet. — Da die Beobachtung von Travers ebensowohl zur Bestätigung, als zur Ergänzung der eigenen, wie umgekehrt dient, so setze ich sie in kurzem Auszuge hier her.

Eine 50jähr. Frau empfand seit Kurzem ohne bekannte Veranlassung Beschwerden beim Schlingen. Dieselben nahmen so rasch zu, dass bald nur noch Flüssigkeiten in geringen Quantitäten und mit Mühe hinabgebracht werden können. Adstringirende Gurgelwasser und Calomel haben keinen Erfolg. Als Travers zugezogen wird, ist die Kranke schon so heruntergekommen, dass Hülfe dringend nöthig scheint. Da die linke Tonsille bis zur Grösse einer Wallnuss angeschwollen war, so wurde sie, da man in ihr die Ursache der Dysphagie suchte, abgetragen; jedoch ohne allen Nutzen, da das Schlingen unmittelbar darauf ebenso unmöglich war, als vorher. Als der Finger möglichst tief in den Schlund eingeführt worden war, entdeckte man einen Vorsprung, der

ihn völlig ausfüllte. Nur nach links hin schien ein schmaler Raum offen geblieben zu sein. Doch gelingt es trotz aller angewendeten Mühe nicht, auch nur eine Harnröhrensonde durch denselben zu bringen. Da die Kranke der Erschöpfung nahe war, so erlaubte man sich nicht, andere operative Mittel zu versuchen und beschränkte sich auf den Gebrauch ernährender Klystiere. Vierzehn Tage später trat der Tod in völliger Erschöpfung ein.

Section: Die Ary- und Cricoidknorpel waren verdickt und völlig verknöchert. Sie drückten den Oesophagus kreisförmig zusammen, der Schlund selbst war von normaler Beschaffenheit. Die übrigen Kehlkopfknorpel waren in ähnlicher Weise, wie die genannten, aber leichter verändert.

Die Uebereinstimmung dieser Beobachtung mit der eigenen ist augenfällig; beide ergänzen sich gegenseitig. In der letzten wird auch durch die Section bewiesen, dass eine chronische Anschwellung der Cartilago cricoidea einen solchen Vorsprung in den Schlund hinein bilden kann, dass eine sehr enge Strictur vorgetäuscht wird und die Einführung von Schlundröhren zur künstlichen Ernährung so unmöglich scheint, dass Travers sich auf den Gebrauch von Klystieren zurückgebracht glaubte. Die eigene Beobachtung zeigt, dass, trotzdem dass der Schlund in gleicher Weise völlig geschlossen schien, ein kleiner Kunstgriff genügt, um die Einführung auch der stärksten Röhren zu ermöglichen. Hätte Travers keine Aufklärung durch die Section erhalten, so würde er die Ursache, durch welche das Schlingen absolut unterbrochen war, sicherlich in einer sehr engen Schlundstrictur gesucht haben.

Dass nur der Vorsprung, welchen der Knorpel in den Schlund in beiden Fällen bildete, und nicht etwa wie Albers annimmt, gestörte Muskelbewegung das Hinabbefördern der Speisen hinderte, ergab sich aus den Untersuchungen mit der Sonde. Dieselben und natürlich auch die Speisen, sassen wie auf einer undurchbohrten Platte auf, so lange der Larynx nicht von der Wirbelsäule abgezogen war. Dass nach links hin der Oesophagus etwas weniger vollständig geschlossen war, als nach rechts, ergiebt sich aus der Lage desselben zur Trachea, die ihn nach rechts vollständiger als nach links deckt.

Ein besonderes Interesse wird den beiden vorgeführten Beobachtungen dadurch gegeben, dass sie völlig entzündungslos verliefen, sowie dass Athmen und Sprechen vollkommen normal blieben, so dass also die Aufmerksamkeit in keiner Weise auf den Kehlkopf gelenkt wurde. Da jedoch die Schlingbewegungen schmerzhaft und sehr beschwerlich waren, so ist es möglich, dass, in analogen Fällen, Entzündungen der Perichondrien und Perichondralabscesse früher oder später hinzutraten. Eine Beobachtung, welche hierher zu gehören scheint, findet sich in den Transactions of the pathological Soc. 22 von Morell Makenzie. Bei einer Frau von 65 Jahren war eine Geschwulst von Taubeneigrösse am oberen Theile des Schlundes entstanden. Nur Flüssigkeiten konnten geschluckt werden. Der Ring-

knorpel war geschwollen und die Bewegung der Stimmbänder vermindert. Einige Monate später verwandelte sich diese Schwellung in einen Abscess. Bei der Section fand sich ein nekrotisirtes Knochenstück vom Ringknorpel in diesem Abscesse.

Das klinische Resultat der vorstehenden Beobachtungen resumirt sich in Folgendem:

Es giebt eine Form chronischer Dysphagia compressoria, bei welcher zuerst das Schlucken fester und dann auch flüssiger Speisen vollständig und bis zur Erschöpfung unterbrochen wird. — Sie simulirt um so mehr undurchgängige Schlundstricturen, als die Einführung selbst sehr dünner Sonden unmöglich scheint.

Sie hängt von einer entzündungslos entstandenen Verdickung und Verknöcherung des Schildes des Ringknorpels ab.

Sie kann mit Leichtigkeit überwunden werden, so dass auch Sonden von dem stärksten Caliber ohne Schwierigkeit eingeführt werden können, wenn man dieselben etwas nach links dreht und den Kehlkopf von der Wirbelsäule ablüftet.

E. Lang. Zur Histologie des Lupus.

(Wiener med. Jahrbücher 1875. p. 237.)

L. fasst das Resultat seiner Arbeit am Schlusse dahin zusammen: »Die als Lupus bekannte Hautkrankheit zeichnet sich durch Ernährungsstörungen aus, welche zu einem fortwährenden Entstehen und Vergehen von Bindegewebe, Gefässen und epithelialen Bildungen führen; je nach dem Stadium des Krankheitsprocesses werden bald die progressiven, bald die regressiven Producte, das eine Mal dieser, das andere Mal jener Gewebsart in die Augen springen; stets wird man aber wahrnehmen, dass der (von den Gefässen ausgehenden) Zellenproliferation die Hauptrolle zufällt, und dass in den letzten Stadien der Krankheit nicht allein Resorption der retrograd metamorphosirten Bildungen, sondern auch Organisation von Zellenneubildung zu Bindegewebe eingeleitet wird, wodurch eben die lupöse Haut auch ohne vorausgegangene Verschwärung ein narbenartiges Aussehen gewinnt«.

Von Einzelheiten mögen folgende erwähnt werden: Ausgangspunct des Lupus bilden Auswachsungen des Protoplasmarohres der Capillaren und der Adventitiaelemente. Diese Auswüchse vereinigen sich zu dem »Lupusnetz«, und zwar tritt die Neubildung entweder als infiltrirte oder herdförmige auf. Die Zellen des Herdlupus, die durchaus granulationsähnlich geworden sind, quellen in der Mitte auf, hängen aber noch lange mit dem Lupusnetze deutlich zusammen. Nun tritt das als Riesenzelle bezeichnete Gebilde auf, durch Aneinanderrücken der gequollenen Elementargebilde unter Verlust der Contouren, während die Kerne noch lange ihre Widerstandsfähigkeit behalten. Im Innern der Lupusherde ist von Gefässen keine Spur.

Eine andere Verwendung der auswachsenden Zellen zu einem System eines sehr feinen Röhrennetzes cf. im Original.

Die ursprünglichen Gefässe werden von dem in Fortpflanzung begriffenen Lupuszellennetze allmälig erdrückt, und verfallen denselben Ernährungsstörungen, wie die Lupuszellen selbst. Glasige Verquellung fern vom Lupus befindlicher Gefässe wurde von L. beobachtet und für die oben erwähnten Gefässe vermuthet. An den Schweissdrüssen wurde ausser den gleichen, von den umspinnenden Blutgefässen ausgehenden Processen das Auswachsen von anfangs soliden, später theilweise hohl werdenden Strängen beobachtet. Im Lupus eingebettet geben dieselben, regressiver Metamorphose verfallend, ebenfalls jene vielkernigen opaken Massen. Talgdrüsenneubildungen gehen sowohl von bereits bestehenden Drüsen, als vom Rete Malpighi aus. Ihre Schicksale sind denen der Schweissdrüsenauswüchse analog; von ihnen stammen die vielkernigen Massen ab, die den Balg der bekannten Follikelausdehnungen constituiren helfen.

Zwischen die Epithelien treiben die im Corium liegenden Zellen vielfach Fortsätze, und bilden stellenweise die ganze Dicke der Oberhaut durchsetzende Netze. Nie hat L. aber wahrgenommen, dass Epithelien sich zu Lupus transformirt hätten, oder dass überhaupt eine Zellenart in die andere übergegangen wäre.

Zuletzt werden die zerfallenen Zellenmassen des Centrums resorbirt, der übrige Theil des Lupuszellennetzes in Bindegewebe verwandelt. Die Hassal'schen Körper (corpora amylacea) bleiben lange unverändert in den Geweben liegen. Der alte Drüsenapparat kann durch einen neugebildeten ziemlich complet ersetzt werden, während durch die Resorption des in den Papillarkörper gesetzten lupösen Infiltrates allein schon die Haut das Aussehen einer Narbe erhalten kann.

Ranke (Halle).

E. Klebs. Beiträge zur Geschwulstlehre.

(Prager Vierteljahrschrift f. die prakt. Heilkunde 1875. Bd. II.)

I. Einleitende Bemerkungen. Unser gegenwärtiger Standpunct. Cellulare Theorie. Versuch einer Eintheilung auf genetischer Grundlage.

Verf. schlägt vor, aus der Geschwulstlehre diejenigen Bildungen auszuscheiden, »welche aus einer Retention von Secreten, Körpersäften oder nicht mehr entwickelungsfähigen Gewebsbestandtheilen hervorgehen«. Tuberkulose, Scrophulose und Perlsucht, Syphilis, Lupus und Rotz sollen mit der entzündlichen Neubildung in eine Gruppe gebracht werden, welche auch die kleinzelligen Ablagerungen, wie sie bei mehreren Infectionskrankheiten vorkommen, umfassen soll. Diese Gruppe will K. als »Infections-Geschwülste« bezeichnen, oder, da er auch die leukämischen Neubildungen hinzurechnet, für die Leukämie jedoch eine Infection nicht nachweisbar ist, als »Leukocytome« (an Stelle von Virchow's Bezeichnungen: Granulome, Granulationsgeschwülste).

Die übrigen Geschwülste, deren Bau schon complicirten Organen entspricht, nennt er »organoïde Geschwülste«. Der Mutterboden sämmtlicher organoïder Neubildungen ist das Bindegewebe, aber nur insofern, als es die Blut- und Lymphgefässe enthält, welche die eigentlichen Träger der Neubildungen sind.

Gersuny (Wien).

Cornil. Sur l'application du violet de méthylaniline dans la technique microscopique et sur les résultats obtenus par son emploi dans l'étude de la dégénérescence amyloide des organes.

(Gaz. méd. 1875. No. 21. — Société de Biologie. Séance du 8. mai 1875.)

C. bedient sich zur Färbung mikroskopischer Präparate einer dünnen, wässrigen Lösung des Methylanilin-Violetts. Die Schnitte, gleichviel ob frisch oder erhärtet, nehmen nach einem 4—5 Minuten langem Verweilen in der Lösung eine gesättigte und dauernde blauviolette Färbung an. Ihre Aufbewahrung geschieht in Wasser oder verdünntem Glycerin; durch Zusatz einer Spur Essigsäure wird die Färbung etwas aufgehellt und die Contoure, namentlich der Zellkerne treten deutlicher hervor. In Alkohol, Terpenthin und Nelkenöl verlieren die Präparate ihre Färbung vollständig. — Einen ganz besonderen Werth hat das Methylanilin-Violett zur Untersuchung amyloider Organe. Durch eine constant eintretende Farbentrennung werden die amyloid entarteten Partien roth gefärbt, während die übrigen Gewebe blauviolett erscheinen. Diese Eigenschaft des Methylanilin-Violetts gewährt vor der üblichen Färbungsmethode amyloider Organe mit Jod und Schwefelsäure den Vortheil, dass auch die zartesten Gewebselemente Form und Structur behalten, dass die zu untersuchenden Organe vor der Färbung vollständig erhärtet werden können und dass man endlich die Schnitte in Glycerin aufbewahren kann, ohne irgendwie eine Abschwächung oder Veränderung der oben erwähnten Färbung befürchten zu müssen. — Die ausführlich mitgetheilten histologischen Details mehrerer von C. untersuchten amyloiden Organe siehe im Original.

O. Volkmann (Kettwig).

H. Blanc. Note sur l'usage externe de la poudre de Goa dans certaines maladies de la peau.

(Journal de thérapeutique 1875. No. 10. p. 375.)

Das nach seinem Fabrikationsort benannte Pulver von Goa ist eine noch nicht genau analysirte vegetabilische Substanz, deren Hauptbestandtheil (80—84 %) nach Attfield Chrysophansäure bildet. In heissem Wasser ist das Pulver nur wenig, in kaltem Wasser gar nicht löslich. Die in Wasser unlöslichen Theile lösen sich dagegen leicht in Benzin. — Die äussere Anwendung des Goapulvers gegen Hautkrankheiten aller Art ist in Indien eine sehr verbreitete und der Con-

sum des Pulvers daher ziemlich bedeutend. Bl., der es nur gegen die von den Engländern mit »Ringworm« bezeichnete, parasitäre und exquisit contagiöse Form des Herpes circinnatus anwendete, erzielte damit die besten Erfolge. Die erkrankten Stellen wurden nach vorheriger Anfeuchtung 2 mal täglich mit einer kleinen Quantität des Pulvers eingerieben. Die Heilung trat in 3—4 Tagen ein. Für Anwendung im Gesicht empfiehlt Bl. eine alkoholische Lösung, namentlich um dem eventuellen Eindringen des Pulvers in die Augen vorzubeugen. **O. Volkmann** (Kettwig).

M. Heitler. Studien über die in den Lungen nach Verletzungen des Gehirns auftretenden Veränderungen.

(Stricker's med. Jahrbücher 1875. p. 59.)

H. verletzte das Gehirn von Kaninchen an verschiedenen Stellen, theils durch einfache Einstiche, theils durch Einführung dünner Stifte in dasselbe. Er beobachtete darauf Ecchymosen unter der Pleura, Hyperämien und Hämorrhagien in den Lungen, namentlich den Unterlappen, und zwar öfter unter stärkerem Befallenwerden der der kranken Hirnhälfte entsprechenden Lunge. Hypostasen waren auszuschliessen. Daneben kamen Hämorrhagieen in andern Organen, in Leber, Magen, Orbita, auch im Beckengrunde vor. Die Verletzung verschiedener Hirntheile konnte in den Lungen die gleichen Veränderungen nach Quantität und Qualität hervorbringen; auch bei Verletzung der Medulla oblongata wurden dieselben beobachtet, während wieder andere Hirnabschnitte ohne Folgen für die Lungen verletzt werden konnten. Das Genauere über diesen Punct siehe im Original — abgeschlossen sind die Versuche nach dieser Hinsicht nicht. H. macht darauf aufmerksam, dass er unter 4 geschlachteten, gesunden Kaninchen bei einem die Lungen hämorrhagisch fand, bei 4 durch Chloral vergifteten Kaninchen waren Ecchymosen unter der Pleura vorhanden. **Ranke** (Halle).

A. v. Wolkenstein. Zur Frage über die Resorption der Haut.

(Centralblatt für die med. Wissensch. 1875. No. 26.)

Verf. zog Fröschen die Haut der Extremitäten handschuhfingerartig ab, füllte die so gebildeten Hautsäcke mit Wasser und hängte sie darauf in die zu prüfenden Lösungen von Salzen und Alcaloiden. Aehnliche Versuche machte er mit der Haut von jungen Katzen, Kaninchen und Mäusen. Resultate: »1. Die Haut ist permeabel für wässerige Lösungen, jedoch nicht für concentrirte. 2. Eine Temperaturerhöhung der Lösung vergrössert die Resorptionsfähigkeit der Haut; die Resorption steht in directem Verhältniss zur Temperatur der Flüssigkeit. 3. Bei jungen Thieren resorbirt die Haut besser, als bei

alten derselben Gattung. 4. Haare und Wolle erschweren die Resorption. 5. Einige Alcaloide werden ebenfalls von der Haut resorbirt und haben Erscheinungen der Intoxication zur Folge«. Die Haut todter Frühgeburten der Thiere ist nur bei höherer Temperatur permeabel. **A. Bidder** (Mannheim).

P. Bruns. Die temporäre Ligatur der Arterien nebst einem Anhange über Lister's Catgutligatur.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. V.)

Seit einigen Jahren wendet V. v. Bruns das von ihm bereits früher als Filopressur beschriebene Verfahren der temporären Ligatur bei Unterbindungen in der Continuität und am Gefässende an. Es besteht darin, dass die Enden der das Gefäss umfassenden carbolisirten Seidenligatur durch das Bruns'sche Ligaturröhrchen (s. Orig.) gezogen und über einem daran befindlichen Querstäbchen geknotet werden. Das Ligaturröhrchen ragt mit dem einen Ende, welches den Knoten trägt, aus der Wunde hervor. Die Ligatur wird nach längstens 3 Tagen entfernt, indem man den Knoten abschneidet, und während man das Instrument fixirt, die Ligatur an einem Ende fasst und extrahirt.

Diese Methode wurde bei 145 Amputationen und Exarticulationen, worunter 48 Oberschenkelamputationen, und bei 13 Unterbindungen in der Continuität geübt. Im Ganzen kamen 2 Nachblutungen vor: eine nach Continuitätsunterbindung der Carotis comm., wobei der Faden zu lange (5 Tage) gelegen hatte, die andere bei der Lösung des Fadens von der Art. femoralis nach 3 Tagen, in einem Falle von Amputation. Durch Versuche an Thieren fand Verf., dass meist keine vollständige Trennung der Continuität der Arterie an der Stelle der Ligatur stattfindet, und dass bei Ligaturen am durchschnittenen Gefässe das abgebundene Stück meist nicht nekrosirt.

Der Vortheil der temporären gegenüber der bleibenden Ligatur ist hauptsächlich der, dass schon nach 3 Tagen kein fremder Körper mehr in der Wunde liegt, der die Heilung verzögern könnte. Ausserdem ist das Bruns'sche Instrument bequem bei Ligaturen in grösserer Tiefe, und es wurde dasselbe auch zur Naht bei Blasenscheidenfisteln verwendet, wobei es sich namentlich dadurch als nützlich bewährte, dass die Lösung der Naht ohne jede Zerrung der Wunde möglich war.

Des Verf. Versuche mit Lister'schen Catgutligaturen ergaben, dass dieselben in nicht eiternden Wunden erst etwa vom 10. Tage an Erscheinungen der Resorption zeigen, dass die vollständige Erweichung bei fortwährendem Contacte mit Eiter jedoch, je nach der Stärke der Saite, in 50—110 Stunden erfolgte. Er folgert daraus,

dass diese Ligaturen nur als integrirender Bestandtheil einer streng antiseptischen Wundbehandlung von Werth seien.

Gersuny (Wien).

H. F. Witt. Ueber Massage. Vortrag, gehalten in der General-Versammlung des Vereins Schleswig-Holsteinischer Aerzte am 12. August 1874 in Flensburg.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 2.)

Nach einer kurzen historischen Uebersicht über den Gebrauch der Massage bespricht W. die Anwendung dieses Verfahrens von Mezger in Amsterdam. Die Wirkung soll wesentlich auf Beschleunigung des Blut- und Lymphstroms, Zerreissung der Gefässe von Granulationen und Fungositäten, Erregung einer schnell zurückgehenden Entzündung beruhen. Mezger verbindet mit dem Kneten active und passive Bewegungen und lässt die an den entsprechenden Muskel- und Gelenkkrankheiten leidenden Patienten herumgehen. — Als spezielle, für die Behandlung passende Krankheiten führt W. an: Hyperaemien (?), Blutaustritte, Exsudate, Verdichtungen und Verdickungen der Gewebe, Adhärenzen zwischen Sehnen und Sehnenscheiden und überhaupt Entzündungsproducte, welche ohne Nachtheil wieder in den Kreislauf aufgenommen werden können. Speciell von Gelenkkrankheiten werden angeführt acute und chronische Synovitis und Tenosynitis, periarticuläre Entzündung, hyperplastische, fungöse Synovitis, periarticuläre und intraarticuläre Blutextravasate und falsche Ankylosen. Das Kneten wird mit bedeutendem Kraftaufwande gemacht. Als Curiosum führt W. an, dass auch Hautkrankheiten mit Exsudationen und Verdickungen im Corium, sowie eine acute Mastitis erfolgreich massirt wurden. — W. hat mit Erfolg Steifheit der Finger und des Handgelenks, sowie eine acute Synovitis mit der Massage behandelt. —

Maas (Breslau).

J. Hirschberg (Berlin). Zur Pathologie und Therapie des Glaucoms.

(Arch. f. Augen- und Ohrenheilkunde 1874. Bd. III. Abth. II.)

H. beobachtete den interessanten Fall, dass eine anscheinend bis dahin gesunde Dame sich durch eine einmalige Atropineinträufelung doppelseitiges acutes Glaucom zuzog. Sodann theilt H. einen Fall von Glaucoma malignum mit (cf. v. Graefe, Arch. f. Ophthalm. Bd. 15. Hft. 3. p. 202), in welchem die vorgenommene Operation den Verlust des Sehvermögens beschleunigte. Nach der Operation erlosch die Sehkraft des operirten Auges vollständig. 2 Tage später trat Umnebelung des anderen Auges ein. Zweimalige Punction. Iridectomie. Darauf auch rechts Verlust der Sehkraft.

Tillmanns (Leipzig).

Ch. B. Ball. Notes from surgical practice.

(The Dublin Journal of med. sciences 1875. Febr. p. 87.)

I. Depressed fracture of skull, Elevation, Pyämia, Recovery.

Durch einen Fall von bedeutender Höhe erlitt ein Mann eine Hautwunde mit Fractur und Depression des rechten os parietale; zugleich eine Contusion an Hüfte und Fussgelenk. Bewusstlosigkeit, stertoröses Athmen, langsamer Puls, weite und unbewegliche Pupillen. Mit Elevation des deprimirten Stückes Aufhören aller Gehirnerscheinungen. 8 Tage später Frost, heftiges Fieber, abhängig von Eiterung im Hüft- und Fussgelenk. Incision, Verband nach Lister, 4 Monate später Heilung.

II. Fracture of the base of the skull by force communicated through the lower jaw with impaction of the condyle; recovery.

B. diagnosticirte diese seltene Verletzung — die Hineintreibung des processus condyloideus mandibulae in die Schädelhöhle — bei einem 36jähr. Manne, der einen Hufschlag gegen das Kinn erhalten hatte. Anhaltspuncte dafür waren die Blutung aus dem Mund und den Ohren nebst Bewusstlosigkeit bei der Verletzung; später der Ausfluss klarer Flüssigkeit aus dem rechten Ohre, die Schwierigkeit den Mund vollkommen zu öffnen oder zu schliessen, das Höherstehen des rechten Unterkieferwinkels und Schwindelanfälle bei stärkeren Bewegungen. Als Beweis für das Vorkommen dieser Verletzung werden die im Museum des St. Georges und Guy's Hospital befindlichen Präparate und eine Beobachtung Chassaignac's, dessen Kranker 5 Monate nach der Verletzung an einem Abscess des Schläfenlappens starb, angeführt. Die Heilung des vorliegenden Falles wurde ein halbes Jahr später noch constatirt.

III. Unusual fracture of the base of the skull, with observations.

Ein Eisenbahnarbeiter fiel von einem Wagen herab auf den Kopf; es erfolgte Blutung aus dem linken Nasenloche und dem linken Ohre, später Abfliessen heller, wässriger Flüssigkeit; vierstündige Bewusstlosigkeit; Lähmung des linken n. facialis, Blutung unter die Conjunctiva und Strabismus des linken Auges, Congestion der Retinalgefässe und Prominenz der papilla n. optici. 3 Wochen später Aufhören aller Erscheinungen vom linken Auge aus. Die Fracturlinie soll durch das Felsenbein nach vorn bis zum Dach der Nasenhöhle quer über die »sphenoidal fissure« (?) gelaufen sein.

IV. Implication of the nutrient artery of the tibia in a case of compound fracture of the leg.

Einstürzende Steinmassen erzeugten bei einem jungen Manne eine complicirte Querfractur des rechten Unterschenkels. Blutung anfangs unbedeutend, wird nach etwa 2 Stunden sehr profus; Stillung durch einen mit Eisenchlorid getränkten Tampon, der nach 14 Tagen sich losstösst. Ein Vierteljahr später wurde ein Sequester entfernt, der die Oeffnung für den Eintritt der a. nutritia in die Tibia enthielt;

die Quelle für die bei der Verletzung entstandene Blutung war dadurch erklärt. Aus dem ganzen Falle zieht B. den Schluss, dass die Heilung der Fractur allein vom Periost aus erfolge, da die Ernährung der inneren Partieen des Knochens aufgehört hätte (?).

V. Spontaneous fracture of the femur in necrosis; amputation; recovery.

Patientin 15 Jahre alt, der vor einem halben Jahr ein Abscess am Oberschenkel geöffnet worden war, fiel auf ebener Erde hin, wonach sich eine Fractur des Femur fand. Nachdem dieselbe einen Monat mit Schienen behandelt worden war, hatte sich noch keine Consolidation entwickelt, dagegen hectisches Fieber und ein grosser Sequester war zu fühlen. Nach der Amputation fand man Spuren von Ostitis, Stalaktiten an der Bruchstelle und oberhalb der Fracturlinie den grossen Sequester.

VI. Case of spina bifida treated with the aspirator and elastic ligature; death on the fourteenth day.

Der bei einem 3monatlichen Kinde in der dorso-lumbaren Region sitzende, orangengrosse Tumor wird anfangs mit Watteeinwickelung palliativ behandelt. Nachdem er jedoch 2 Monate später die Grösse einer Cocosnuss erreicht hatte und oberflächlich ulcerirt war, verlangten die Eltern eine Operation. Im Sacke von Rückenmark oder Nerven nichts zu sehen. B. unterbindet mit elastischer Ligatur den Stiel, der $3^1/_2$ Zoll im Umfang misst, nachdem mittelst der feinsten Nadel eines Aspirateurs 20 Unzen Flüssigkeit, die Spuren von Albumen und Zucker und grosse Mengen Chlornatrium enthielt, ausgezogen waren. Anfangs günstiger Verlauf, nach 14 Tagen plötzlich Tod unter Convulsionen. **H. Braun** (Heidelberg).

Faucon. Kystes synoviaux à grains riziformes.

(Séance de la société de chirurgie 1874. 23. Dec.)

F. theilt die Synovialcysten des Handwurzelgelenkes in 2 Categorien, solche, wo die Pat. durch die Grösse des Tumors, Entzündung und Eiterung der Cyste, den Gebrauch der Hand ganz verloren haben, und solche, wo das Leiden nur eine Functionseinschränkung herbeiführte. Diese letzteren Fälle machen die Frage, ob man hierbei überhaupt etwas thun solle oder nicht, schwierig. Démarquay hat einen Fall von Heilung publicirt, in welchem er Jodinjection und Drainage anwandte; über die endliche Function der Hand war aber nichts bemerkt. Ueberdies ist nach Anwendung der Jodinjection die Herstellung der Fingerbewegung in der That nicht so häufig, wie manche (Follin) angaben.

Desprès bemerkt, dass jeder operative Eingriff an einer derartigen Cyste, bevor sie im spontanen Aufbruche begriffen sei, von

schweren Folgen begleitet sein könne, während das Abwarten der spontanen Entzündung des Tumors gute Resultate gebe.

Boinet machte in einem derartigen Falle eine subcutane Punction mit dem Tenotom und drängte den Inhalt heraus. 14 Tage später erneute Punction mit dem Troikar; wieder etwas ausgedrückt und einige Tropfen Jodtinctur injicirt. Heilung ohne Functionsstörung der Hand. Gleich günstig war der Erfolg dieser Methode in einem 2. Falle.

A. Guérin bemerkt, er hätte sich früher nie an diese Cysten gewagt. Seit der Einführung des Watteverbandes spaltet er selbe weit, um sie zu entleeren, steckt etwas Watte in die Wunde und applicirt darauf den Watteverband und eine elastische Compression. Die Resultate sollen gut sein. (S. auch Volkmann, Beiträge zur Chirurgie, Leipzig, Breitkopf & Härtel 1875, p. 206. Red.) **Fr. Steiner** (Wien).

Desprès. D'une maladie chirurgicale causée par la station debout. De la contusion du talon.

(Gaz. des hôpitaux 1875. No. 52.)

D. theilt die Krankengeschichte dreier Pat. mit, bei welchen sich in Folge anhaltenden Stehens eine bisher von den Autoren noch nicht beschriebene Affection der Ferse entwickelt hatte. Bei allen 3 Pat. — zufällig sämmtlich Sergeants de ville — war in ganz übereinstimmender Weise die Ferse, ohne dass irgend welche entzündliche Erscheinungen vorausgegangen waren, allmälig so empfindlich geworden, dass sie ihren Dienst nicht mehr versehen konnten. Da die Fersenhaut durchaus normal, wenn auch ziemlich zart war und sich weder eine krankhafte Veränderung am Calcaneus, noch andere Entzündungs-Symptome nachweisen liessen, verlegt D. den Sitz des Leidens in das gefässreiche, derbe, subcutane Fett-Bindegewebe und glaubt, dass dasselbe, durch den anhaltenden Druck contundirt, eine einfache Ernährungsstörung erlitten habe. Diese Ansicht findet er bestätigt durch die gleichzeitige Beobachtung eines Pat., der nach einer heftigen Contusion bei einem Sturz auf die Ferse ganz analoge Symptome darbot. In allen Fällen genügte längere Bettruhe zur Beseitigung des Leidens. Da es jedoch leicht recidivirt, müssen die Patienten, sobald sie wieder zu gehen anfangen, derbsohlige Stiefel mit elastischer Kautschuk-Einlage tragen, um ihre Ferse möglichst zu schonen.

Schädel (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

A. Morice. Du tétanus chez le singe.

(Gaz. méd. 1875. No. 16. p. 194. — Société de Biologie. Séance du 3 avr. 1875.)

M. theilt 4 Fälle von Tetanus bei Affen verschiedener Arten mit. In 2 von ihm selbst während seines Aufenthaltes in Cochinchina beobachteten Fällen trat die Erkrankung nach unbedeutenden durch die Fesseln der betreffenden Thiere

verursachten Verletzungen ein. Sie verlief ganz analog wie beim Menschen mit Trismus, Opisthotonus und Contracturen der Extremitäten und endete in sämmtlichen Fällen nach kurzer Zeit mit dem Tode. **O. Volkmann** (Kettwig).

Affre. Aplasie lamineuse médiane.

(Gaz. méd. 1875. No. 17. p. 201.)

Bei einer zur Zeit 24jährigen Frau bildete sich im dritten Monat einer sonst normalen Schwangerschaft, ohne jede äussere Ursache in der Gegend der Glabella eine allmälig zunehmende Vertiefung. Dabei stellten sich heftige Kopfschmerzen ein, die namentlich unmittelbar nach der Niederkunft sehr hochgradig wurden. Gegenwärtig befindet sich auf der Stirn der Kranken eine von der Nasenwurzel nach rechts oben bis in die Nähe der sutura coronaria reichende tiefe Depression von $1^1/_2$ bis 2 Ctm. Breite. Die sie bedeckende Haut ist dünn und trocken, die Haare der betreffenden Stelle spärlich und ungefärbt, die Muskulatur ausser dem m. pyramidalis gänzlich geschwunden. Der Knochen scheint intact zu sein. Die ganze erkrankte Gegend ist sehr empfindlich, so dass schon ein leichter Stoss die lebhaftesten Schmerzen verursacht. Auch die Anfälle von Kopfschmerzen dauern noch fort.

Dieser Fall einer »medianen Aplasie« spricht nach A.'s Ansicht gegen die bisherige Auffassung solcher Affectionen als trophische Störungen im Bereich des n. trigeminus. A. hält sie vielmehr mit Laude (Thèse 1873) für rein locale Atrophien der bindegewebigen Schicht. **O. Volkmann** (Kettwig).

H. Banga. Ein Fall von Osteom des Sinus frontalis sin.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. IV. Hft. 5 u. 6.)

Ein 18jähriger Bauer wurde in der chirurgischen Klinik zu Basel wegen eines Osteoms operirt, das seit etwa 3 Jahren bestand, am inneren Theil des Daches der l. Orbita festzusitzen schien, und den Bulbus verdrängte. Vor 5—6 Jahren hatte der Kranke einen Schlag mit dem Peitschenstiel auf das linke Auge erlitten.

Die Abmeisselung des mit einem ziemlich dünnen Stiel aufsitzenden Tumors gelang leicht, der Verlauf war in den ersten 8 Tagen günstig. Am 8. Tage trat Meningitis auf, unter sehr heftigem Erbrechen; am 10. Tage nach der Operation, dem Todestage, war dem Erbrochenen etwas Blut beigemengt. Der Tumor, dessen unregelmässig höckerige Oberfläche durch den Widerstand der Weichtheile der Orbita bedingt war, wog 78 Gramm, war etwa hühnereigross und fast durchaus elfenbeinhart; nur in der Gegend seines Ansatzes befand sich eine kleine, von spongiösem Gewebe umschlossene Markhöhle.

Ausgangspunct der Geschwulst war der Boden des Sinus frontalis, nahe dem Ausführungsgang, wo der Tumor auch das Orbitaldach durchbrochen hatte. Weiter nach hinten fand man durch einen Defect im Orbitaldache die Dura mater blossliegen, in ihr einen Riss, und dieser Stelle entsprechend einen Hirnabscess.

Diffuse eiterige Meningitis über den vorderen Theil der linken Hemisphäre.

Im Centrum tendineum des Zwerchfells fanden sich 2 nur durch einen dünnen sehnigen Strang getrennte Löcher; durch eines derselben drängte sich die Milz gegen die Pleurahöhle vor, durch das andere der Magengrund, in welchem sich ein Einriss befand. In der Pleurahöhle fand sich ergossener Mageninhalt, während in die Peritonealhöhle nichts gedrungen war.

B. führt noch einen zweiten Fall an, in welchem nach einer Kopfverletzung (Hiebwunde) Meningitis auftrat, die unter fortdauerndem heftigen Erbrechen zum Tode führte; bei der Section fand sich ein Einriss im Foramen oesophageum des Zwerchfells, und ein Riss im Magen, am Uebergang in den Oesophagus.

Gersuny (Wien).

O. Hirschfelder. Ein Fall von Pustula maligna mit Mycosis cerebri.

(Arch. d. Heilkunde 1875. Hft. 4. p. 376—381.)

Verf. beschreibt einen Fall von Pustula maligna bei einem 18jährigen jungen Mann. Die an der rechten Halsseite befindliche Pustel soll (wie es scheint, ohne

Behandlung) geheilt sein; doch starb Pat. an Collaps. Bei der Section fanden sich zahlreiche Erweichungsherde und Haemorrhagieen im Gross- und Kleinhirn, mit stellenweiser Eiterbildung. Das Mikroskop wies zahlreiche Pilzmassen nach, welche die Capillargefässe umlagerten. In den geschwollenen Halslymphdrüsen fanden sich keine Pilze, ebensowenig wie in anderen Organen.

A. Bidder (Mannheim).

H. Landgraf. Ein Beitrag zur Casuistik der Hautkrankheiten mit Beziehung auf deren vasomotorische Genese.

(Arch. d. Heilkunde 1875. 16. Jahrg. Hft. IV, p. 345—361.)

Verf. bringt zunächst die Geschichte eines 27jährigen Kranken, an dessen rechtem Oberschenkel seit frühester Kindheit ein zwischen Lupus und Akne in der Mitte stehender Hautausschlag bestand. Dieser nimmt den Oberschenkel in 3 bestimmten Abtheilungen ein: die erste entspricht dem Verbreitungsbezirk des Nervus ileo-inguinalis, die zweite dem des N. cutan. fem. medius, die dritte dem des N. cut. fem. extern. Der Ausschlag änderte sich während der Beobachtungszeit nicht.

Der zweite Krankheitsfall betrifft ein acutes pemphigus-artiges Exanthem an Hand und Vorderarm bei einem 15jährigen Mädchen. Die Blasen bildeten sich schnell, vertrockneten zu Borken und heilten dann. Oft war die Kranke wochenlang gesund, dann zeigte sich der Ausschlag wieder an den betreffenden Stellen. Im dritten Falle handelt es sich um eine diffuse Capillarectasie der Haut des ganzen Körpers bei einem Mann von 55 Jahren, dessen linke untere Extremität seit der Kindheit atrophisch und paretisch war. Fast die ganze Haut ist blauroth und zeigt hier und da einzelne hellrothe, linsengrosse Fleckchen. Die sichtbaren Schleimhäute sind carminroth. Die Hautröthe weicht dem Fingerdruck; sonst ist die Haut unverändert und weich.

Verf. hält das Leiden für eine aus unbekannten Gründen entstandene chronische fluxionäre Hyperämie, vielleicht bedingt durch „vasomotorische Neuro-Parese." Die weiteren Betrachtungen über die Beziehungen der Nerven zu Hautaffectionen bieten nichts Neues. **A. Bidder** (Mannheim).

Fourcauld. Observation d'aphonie due à la presence d'un corps étranger dans le larynx.

(Gaz. des Hopitaux 1875. No. 51.)

Pat. hatte in Folge einer Wette fünf 20 Frank- und zwei 10 Frank-Stücke verschluckt. Unmittelbar darnach trat Heiserkeit, etwas später absolute Aphonie auf. Am andern Morgen fanden sich nur 6 Goldstücke im Stuhlgang, das 7. blieb verschwunden. Da die Wette bei Gelegenheit eines Diebstahls ausgeführt war, fühlte sich Pat. nicht veranlasst davon zu reden; da er ausserdem an Tuberkulose der Lungen und Hoden litt, wurde die Diagnose, ohne laryngoscopische Untersuchung, auf tuberkulöse Laryngitis gestellt und demgemäss erfolglos behandelt, bis die wahre Ursache nach Verlauf von $1^3/_4$ Jahren bei einem heftigen Hustenanfall in Gestalt des vermissten 10 Frankstücks zu Tage kam.

Von diesem Moment an war die Aphonie vollständig gehoben.

Schädel (Berlin).

Anger. Kyste spermatique et hydrocèle. Ponction.

(Gaz. des hôpitaux 1875. No. 61.)

A. beobachete einen Fall von Spermatocele mit gleichzeitiger Hydrocele. Beide Cysten waren deutlich von einander getrennt im Hodensack zu fühlen. Die oben

gelegene, kleinere Spermatocele hing mit dem Nebenhoden zusammen, war rund, weder fluctuirend noch transparent und härter wie die Hydrocele. Nach Angabe des Pat. war sie lange vor der Hydrocele entstanden. Nachdem die Diagnose festgestellt war, schlug A. sein gewöhnliches Verfahren zur Radicalcur der Hydrocele ein, indem er beide Cysten punctirte, ihren Inhalt abfliessen liess und dann mittelst eines mit angeschmolzenem Höllenstein armirten Stiletts ihre Wandungen gehörig cauterisirte. Nach 14 Tagen war Pat. geheilt. **Schädel** (Berlin).

Cuffer. Tuberculisation des organes genito-urinaires (Société anatomique; séance du 4. dec. 1874.).

(Progrès médical 1875. No. 12.)

Ein 56jähriger Mann hatte seit 1 Jahre Schmerzen in beiden Hoden, seit 4 Monaten Harn- und Stuhlbeschwerden. Im Urin war nie Blut oder Eiter. Beträchtliche Schwellung der Hoden, besonders der Nebenhoden, auch Prostata und Samenbläschen vergrössert und höckerig. Zuerst geringe, nachher grössere Druckempfindlichkeit der erkrankten Organe. Allmälige Erweichung der Höcker der Prostata und der Samenbläschen, dann der Hoden. Kein Erguss in die tun. propr. Nachweisbare Veränderungen in den Lungen ausser Emphysem und pleurit. Reibungsgeräuschen (Pat. hatte in den letzten 4 Jahren mehrere Pleuritiden überstanden) an den Spitzen zeigten sich erst kurz vor dem Tode. Pat. ging hektisch zu Grunde. — Section: In den Lungen Tuberkel neueren Datums, Emphysem, pleurit. Adhäsionen. Darm vollkommen gesund. In den Hoden Tuberkel, besonders entlang den Scheidewänden. Nebenhoden mit theilweise verwachsenen Käsemassen durchsetzt, eine sich bildende Caverne in der Höhe des Kopfes. Prostata und Samenbläschen in einen Brei erweichter Tuberkelmasse verwandelt. Die Bedeckungen der Organe verdickt. Nieren, Ureter und Urethralschleimhaut zeigten keine Veränderung, dagegen fanden sich in der Blase, was nicht diagnosticirt werdenkonnte, indurirte Geschwüre, 5 im Fundus, deren eins in der Grösse eines 20 Centim.-Stückes, 4 noch grössere im Scheitel, 3 an der hintern Wand. Die Geschwüre waren, wie die mikroskopische Untersuchung (Cadiat) ergab, tuberkulöser Natur. **Petersen** (Kiel).

Kirmisson. Disjonction des symphyses du bassin; fractures de l'os iliaque et du sacrum. (Société anatomique, séance du 13. nov. 1874.)

(Progrès médical 1875. No. 9.)

Ein 30jähr. Mann war aus dem 5ten Stock auf die Erde gefallen. Kurz andauernde Unbesinnlichkeit. Zerreissung der Penishaut an der Basis der Ruthe: die Haut war vom Penis abgezogen, so dass die Schwellkörper frei zu Tage lagen. Beim Beugen des linken Oberschenkels starke Crepitation am Becken. — Peritonitis, Tod nach 5 Tagen. Section: Diastase der Schamfuge ($2^1/_2$ Centim.) und der Kreuz-Darmbeinfuge ($^1/_2$ Centim.). Die hintern Bänder der letztern intact. In der Nähe senkrechte Fractur des linken Darmbeins. Das Kreuzbein zeigte eine Längsfractur nach aussen von den linken foramin. sacral., ausserdem eine Querfractur in der Höhe des ersten foram. sacral. ant. — Incomplete Fractur der spin. ant. sup. sin. — In der Bauchhöhle etwas freies Blut. Der rechte Hoden ausgedehnt durch Bluterguss, Albuginea intact, am linken die Albuginea zerrissen, freies Blut in der tunic. vaginal. Venöse Stase im Gehirn. **Petersen** (Kiel).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Halle a. S. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 31. **Sonnabend, den 31. Juli.** **1875.**

Zur Lehre von den Granulationskrankheiten.

(Zweite Mittheilung.)

Von

Prof. **W. Roser** in Marburg.

Dem acuten gutartigen Granulationsbrand, welcher in No. 27 dieses Blattes beschrieben wurde, kann ein analoger Zustand gegenübergestellt werden, welcher bei langsamer, chronischer Schrumpfung des Granulations-Bindegewebes entsteht und den wir zunächst als gelbe Granulations-Anämie und als gelbe chronische Granulations-Nekrose bezeichnen möchten. Wenn die Granulationen bei mangelhafter Blutzufuhr anämisch werden, so nehmen sie öfters eine gelbliche Farbe an und die gelbliche Farbe erklärt sich ganz natürlich aus dem Ueberwiegen der Eiterfarbe über die Blutfarbe. So lang die Granulationscapillaren gesund sind und frische Blut-

circulation besitzen, sehen sie roth aus, werden sie blutarm, so hat man gelbliche Färbung zu erwarten. Verlieren solche Granulationen ihre Zufuhr ganz, so fallen sie ab, theils in Form von feinem Detritus, theils in ganzen Stücken; solche abfallende Granulationsfetzen sieht man häufig aus kalten Abscessen herauskommen.

Man wird nicht voraussetzen dürfen, dass alle gelbliche Entfärbung der Granulationen und alles Absterben solcher Granulationsschichten von der gestörten Blutzufuhr und von der aufhörenden Gefässverbindung zwischen dem Zellgewebe und den Granulationscapillaren hergeleitet werden müsse, sondern es wird überhaupt noch zu untersuchen sein, welche Ursachen der chronischen Granulationsnekrose zu Grunde liegen. Bei dieser Untersuchung wird sich wohl herausstellen, dass die gelbe Granulationsentfärbung und die gelbe chronische Granulationsnekrose grossentheils von der Verschrumpfung und Verdichtung des unterliegenden Bindegewebes herkommen. Was es sonst noch für Ursachen geben mag, soll in diesem Augenblick nicht erörtert werden.

Eine Erscheinung, welche hier mit erwähnt werden muss, ist die Ablösbarkeit der schlechternährten Granulationsschicht. Alle chirurgischen Praktiker und alle pathologischen Anatomen kennen diese Erscheinung. Bei chronischen fistulösen Abscessen trifft man häufig die oberflächliche Schicht der Abscessmembran so ablösbar, dass man nur mit dem Finger in dem fistulösen Gang hinzustreifen braucht, um die ganze sogenannte Membran abzulösen. Theils als breiartige Masse, theils in häutigen Fetzen wird dieselbe abgestreift. Es ist unverkennbar, dass eine gewisse Lockerung zwischen der Bindegewebsschicht und der Capillargefässschicht eingetreten sein muss. Und diese Lockerung wird wohl aus einem theilweisen Schwund der Gefässverbindungen zwischen dem in Verdichtung begriffenen Bindegewebe und den Granulationscapillaren erklärt werden können.

Vielleicht kann die Lehre vom Auslöffeln der alten Granulationen hieraus eine gewisse physiologische Begründung entnehmen. Es leuchtet ein, dass alte Granulationsschichten, welche keine gute Ernährung von ihrem Mutterboden aus erhalten, auch zur Heilung schlecht geeignet sind. Es mag besser sein, sie herauszuschaben oder zu zerstören, als ihre äusserst langsame weitere Atrophie und ihren spontanen Zerfall abzuwarten. Schafft man die schlechte Granulationsschicht weg, so darf man erwarten, dass eine frische, besser ernährte Capillarschicht hervorsprossen und dass diese frische Schicht sich zur Heilung besser anschicken wird, als die Schichte, welche man künstlich entfernt hat.

Das Auslöffeln hat freilich noch ein anderes wichtiges Motiv, nämlich die antiseptische Wirkung; es giebt aber viele Fälle, wo das Auslöffeln der alten Granulationen sich nützlich zeigt, ohne dass man eine antiseptische Wirkung dabei beabsichtigen konnte. Hiermit werden wohl alle Collegen einverstanden sein, welche Erfahrung über den Nutzen des Auslöffelns gesammelt haben.

Pasteur, Colin und **Poggiale.** Ueber Gährung und Fäulniss.

(Bulletin de l'académie de méd. de Paris 1875. No. 7, 8, 9, 10, 11, 12. 13, 16.)

In 8 mehrstündigen Sitzungen hat die Pariser Académie de médecine die Frage der Gährung und Fäulniss einer erneuten Erörterung unterzogen. Die Anregung hierzu gab die Arbeit Bergeron's (cf. Centralbl. f. Chir. 1875 No. 21) über Vibrionen im Abscesseiter, aus welcher Pasteur den Anlass entnahm, von Neuem für die Unhaltbarkeit der Lehre von der Generatio aequivoca zu plaidiren. Einer längeren Discussion über dies unfruchtbare Problem wurde zeitig vorgebeugt durch die Erklärung Gosselin's, dass es sowohl Bergeron, als ihm selbst (der die Arbeiten B.'s inspirirt hatte) fern gelegen habe, damit je die Autogenesis der Vibrionen beweisen zu wollen. G. glaubt vielmehr, dass die Keime dieser Organismen durch Respiration und Digestion von Aussen in den Körper aufgenommen und durch die Circulation den Abscessen zugeführt seien. Der Eiter warmer Abscesse könne öfters Bacterien und Vibrionen enthalten; diese vermöchten dann wohl dem Organismus nachtheilige Zersetzungen anzuregen, seien jedoch nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft selbst nicht die gefährlichen Agentien, gegen welche wir bei Wundfieber und accidentellen Wundkrankheiten zu ringen haben.

Die Beziehung dieser Organismen zur Gährung und Fäulniss kam an 3 Specialfragen zur Erörterung, nämlich 1) an der spontanen Fäulniss der Hühnereier, 2) der alkalischen Zersetzung des Harns, und 3) an der Alkoholgährung in reifen Früchten.

1) Colin erinnert zunächst an die Zersetzungen in Leichentheilen, welche dem Zutritt atmosphärischer Fermente nicht ausgesetzt sind, und welche ohne die Gegenwart von Vibrionen erfolgen. Aehnlich verhalte sich die Fäulniss der Hühnereier, die bei unversehrter Schale der erhöhten Temperatur des Brütens ausgesetzt seien. Woher stammen hier die Fäulnisserreger? Dass sie schon bei der Bildung des Eies demselben in dem mütterlichen Eierstock beigemischt würden, sei nicht anzunehmen, da die Entwickelung des Eies ungestört von Statten gehe. Auch hat C. eine ganze Reihe frischer Eier vom Huhn, Taube, Sperling und anderen kleineren Vögeln mikroskopisch untersucht, ohne etwas Anderes zu finden, als die bekannten, häufig mit Molecularbewegung begabten, kleinen Eiweisskörnchen, welche gelegentlich wohl zu Irrthümern Anlass geben könnten. Die Annahme, dass das Ei während des Durchganges durch den Oviduct und die Cloake Vibrionen aufnehme, weist er damit zurück, dass, wie er experimentell nachweisst, das mit Membran und Kalkschale umkleidete Ei zwar für Gase und Wasser, aber nicht für feste, in flüssigen Medien suspendirte Körperchen durchgängig sei. Unter Anderm blieb ein Ei, welches 48 Stunden in faulendem Blut gelegen hatte, frei von Vibrionen (und von Fäulniss), während es 3,5 decigr. Blutflüssigkeit in dieser Zeit absorbirt hatte. Ja, die Eier vieler Thierarten, welche nur eine membranöse Umhüllung besässen, z. B.

von Amphibien und Fischen, lägen Wochen lang zu Tausenden von Exemplaren in wahren Brutstätten niederster Organismen, im Schlamm der Flüsse, in Sumpfwässern und anderen Fäulnissheerden, durch die Sonne oder die bei der Zersetzung freiwerdende Wärme ausgebrütet, und gingen fast nie in Fäulniss über. — Dass dagegen Eier ohne den Zutritt solcher Fermente bei unversehrter Schale dennoch unter gewissen Bedingungen in Zersetzung gerathen können, zeigte Colin durch Versuche. In der ersten Reihe wurden die Eier kleinerer Vögel unter gewöhnlichen Verhältnissen aufbewahrt und innerhalb der ersten zwei Wochen untersucht; sie zeigten sich sämmtlich frisch und, soweit nachweisbar, frei von Organismen. Eine zweite Reihe von Eiern wurde mehrere (4—5) Tage lang einer künstlichen Brütung unterworfen und dann über einen Monat bei gewöhnlicher Temperatur aufbewahrt; diese Eier boten sämmtlich in verschiedenem Grade Veränderungen dar, welche C. als faul bezeichnet, nämlich Gewichtsverlust uud eine entsprechende Zunahme des Luftraums im Ei bis zu $1/2$, ja $3/4$ des Volums, Vermischung von Gelb und Weiss, Bräunung und Eintrocknung des Inhalts, und einen fauligen Geruch. Mikroskopisch fand er die normal darin enthaltenen beweglichen Körnchen vermehrt, doch nichts was unzweifelhaft als Vibrionen hätte gedeutet werden können (übereinstimmende Erfahrungen machte Billroth und Ref.). Eine dritte Anzahl von Eiern, welche nur in Watte verpackt mehrere Monate aufbewahrt wurde, war nach Ablauf dieser Zeit trockener geworden, zum Theil sogar fast ausgetrocknet, zeigte aber nur geringe (nicht näher bezeichnete) Grade von Zersetzung.

Colin schliesst, dass alle Eier unter gewissen Bedingungen in Fäulniss gerathen könnten, und diese Fäulniss nicht gebunden sei an die Intervention von Organismen oder deren Keimen. »Für gewöhnlich, bei offenem Luftzutritt, mögen die Organismen eine Rolle spielen bei der putriden Zersetzung. Sie leben von ihren Producten, welche ihnen die Bedingungen ihrer Existenz darbieten; sie modificiren sie in ihrer Weise, wie die Milben, die Insectenlarven, die Würmer, die Cryptogamen. Aber sie sind mehr Zuschauer, Beneficianten, als Erreger (acteurs) der Fäulniss«. —

Pasteur stützt sich in seiner Argumentation auf die Untersuchungen seines Präparators Gayon, welche vieles Abweichende von den Resultaten Colin's darbieten. G. fand, dass nicht alle Eier in Fäulniss übergehen; er konnte solche über ein lang Jahr unzersetzt erhalten. In faulen Eiern dagegen will er immer Vibrionen haben constatiren können; auch in denjenigen, welche Colin vorgestellt und als spontan gefault bezeichnet hatte, fand er unter der Schale Bacterien (Aërobien) und in der Mitte Vibrionen (Anaërobien). Er nimmt an, dass diese Organismen im Oviduct, in welchen sie von der Cloake aus gelangten, unter dem Einflusse eines erhöhten Druckes durch die Eihüllen in das Innere dringen. Dieser Vorgang betreffe aber immer nur einzelne Eier, da ja eine ganze Anzahl der gelegten frisch bliebe. Die Penetrationsfähigkeit der Vibrionen hatte G. auch noch

experimentell näher geprüft, indem er Eier in verschiedene putride und von Organismen belebte Flüssigkeiten während einiger Wochen hineinlegte, und andere Eier derselben Procedur unter etwas erhöhtem Druck aussetzte. Es ergab sich, dass die Eier der ersten Reihe frisch blieben (in Uebereinstimmung mit dem Ref. — diesjähr. deutscher Chirurgen-Congress in Berlin), also Vibrionen weder durch die endosmotische Strömung noch durch ihre Eigenbewegung hindurchzudringen vermochten, die Eier der zweiten Reihe dagegen unter Organismenentwickelung in Fäulniss übergingen. G. und Pasteur halten somit die Aufnahme von Keimen aus dem Oviduct unter dem Einflusse eines höheren Druckes für erwiesen.

Hiergegen replicirt Colin, dass er es sehr wohl für möglich halte, Eier unter Umständen ein Jahr lang und darüber zu conserviren; bei gewöhnlicher Temperatur gingen eben die Veränderungen sehr langsam vor sich, aber sie erfolgten schneller und ausnahmslos, wenn das Ei zuvor von der Henne bebrütet und in der Brütung unterbrochen worden war. Dass Gayon bei seiner Methode der Conservirung nur 33 (bis 75) % fauler Eier erhielt, erklärt C. aus der niedrigen und gleichmässigen Temperatur, aus der relativ kurzen Zeit der Beobachtung, sowie aus dem Umstande, dass Gayon Veränderungen, wie die von Colin beschriebene Mumification und Maceration des Eiinhalts, den fauligen gar nicht zurechne. Schon Réaumur habe angegeben, dass alle Eier, deren Embryo während der Entwickelung stirbt, in Fäulniss gerathen oder mumificiren; ja Donné wollte sogar durch einfaches Schütteln des Eies und Vermischung von Gelb und Weiss schon Erscheinungen von Zersetzung haben eintreten sehen. Dass also Eierfäulniss immer durch eine Infection mit Organismen bedingt sei, könne man nicht behaupten. Der obere längere Abschnitt des Oviducts, in welchem das Ei noch in häutiger Umkleidung sich befinde, sei überdies frei von Vibrionen, ihr Eindringen auch schon deswegen höchst unwahrscheinlich, weil die structurlose, mit den Kalksalzen imprägnirte Eihaut gar keine offenen Poren besitze. Den Experimenten Gayon's mit erhöhtem Druck hält C. entgegen, dass dabei Rupturen der Eihäute zu Stande kommen könnten, gerade so wie die Gefässrupturen in der Nasenschleimhaut und der Conjunctiva von Thieren unter dem Recipienten der Luftpumpe. Nach den Untersuchungen Béchamp's und Gayon's sollen neben Fäulniss auch Alkoholgährung, Buttersäure- und Milchsäuregährung im Ei vorkommen; es müssten nach der Theorie Pasteur's somit auch für diese Umsetzungen die entsprechenden organisirten Fermente von aussen eingedrungen sein, d. h. das Ei eine förmliche Arche Noah für allerhand winzige Geschöpfe repräsentiren. Wenn man diese Möglichkeit der Invasion überhaupt zulasse, müsse der Vorgang als ein viel häufigerer angenommen werden und man dürfe sich wundern, dass für gewöhnlich nicht mehr Eier, als Pasteur angiebt, in Fäulniss geriethen. Die Thatsache aber, dass alle diese hypothetisch angenommenen Keime im

Ei die Entwickelung des Embryo bei der Brütung notorisch nicht hindern, beweise entweder, dass diese Hypothese unrichtig sei, oder dass diese Keime in dem unzersetzten Eiweiss nicht zu vegetiren vermöchten (cf. Billroth und Ref.).

Poggiale hat ebenfalls beobachtet, dass alle Eier früher oder später, namentlich im Sommer, faulige Zersetzungen erleiden. Sollte man hier also annehmen, dass sämmtliche Eier von Hause aus Bacterienhaltig wären? Allein Gayon habe ja nur in einzelnen Fällen derartige Organismen gefunden, und Béchamp und Donné konnten niemals im Weiss oder Gelb frischer Eier Bacterien, Vibrionen, Schimmelsporen oder andere Organismen constatiren. Die Gründe Gayon's für eine Invasion von Vibrionen im Oviduct seien unzulänglich. Er hält die Frage, wie diese spontane Fäulniss der Hühnereier zu Stande komme, für eine sehr schwierige und warnt vor vorzeitigen Schlussfolgerungen.

Nachdem schliesslich Pasteur, nicht ohne einige leidenschaftliche Bemerkungen, noch einmal energisch erklärt, es faulten nur einzelne Eier, und diese enthielten Vibrionen, bekräftigen auch Colin und Poggiale ihrerseits noch ein Mal, dass alle Eier in Fäulniss übergingen, auch die, welche keine Vibrionen enthielten. [Ref. glaubt, nach neueren Untersuchungen über diesen Gegenstand, dass Pasteur vollkommen Recht hat, wenn er sagt, dass man Eier bei gewöhnlicher Temperatur viele Monate lang frisch erhalten könne; aber er muss auch Colin und Poggiale darin beistimmen, dass alle Eier, die einer kurzen natürlichen oder künstlichen Brütung unterworfen, dann durch Abkühlung in dem Entwickelungsvorgange unterbrochen und bei mittlerer oder warmer Sommertemperatur aufbewahrt werden, ohne Ausnahme Zeichen von Zersetzung darbieten. Man findet in solchen Eiern, die oft deutlich fötid riechen, mikroskopisch eine grosse Zahl kleiner gleichmässiger, molecularbeweglicher (bacterienähnlicher) Körnchen, von denen der grösste Theil in Kalilauge löslich ist, während die anderen an Fetttröpfchen oder Gasbläschen erinnern. Auch Billroth hebt hervor, dass man in Eiern, die scheusslich stinken, oft keine Organismen finde. Ref. hält für diese spontane Zersetzung des angebrüteten Hühnereies die Erklärung für zulässig, dass bei der Keimung der Bildungszellen des Eies, wie ja auch bei anderen Thier- und Pflanzenzellen, Stoffe (Fermente) gebildet werden, welche physiologisch die Umbildung des Ernährungseiweisses zu thierischer Gewebssubstanz vermitteln, also diejenigen chemischen Lebensvorgänge einleiten, die man unter dem Namen des Stoffwechsels und der Zellenernährung zusammenfasst; dass diese Fermente beim Aufhören des Lebens der Zellen an sich nicht unwirksam werden, sondern noch weiterhin, bei wärmerer Temperatur schneller, bei niedriger langsam, postmortale Umsetzungen hervorrufen, die wir in die Kategorie der Fäulnisserscheinungen einreihen müssen. Vermuthlich finden ähnliche postmortale Umsetzungen

durch physiologische, in den Geweben gebildete Fermente auch in der Thier- und Menschenleiche noch statt (Leichengift?).]

Schluss folgt. **Arn. Hiller** (Berlin).

V. Feltz. Étude expérimentale sur le principe toxique du sang putréfié.

(Comptes rendus T. 80. 1875. p. 1338—40.)

Die in seinen Versuchsreihen über die Wirkung septischen Blutes (s. Centralblatt 1875, No. 13) benutzten Flüssigkeiten liess F. frei der Luft ausgesetzt Monate lang stehen. Die von Zeit zu Zeit vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Beweglichkeit der Spirillen und Vibrionen mehr und mehr abnahm; schliesslich entschwanden sie dem Blicke so vollständig, dass auf Zerfall und Auflösung derselben in der faulenden Flüssigkeit geschlossen werden musste. Die Bacterien und die Zoogloea-Membranen widerstehen der Fäulniss längere Zeit, büssen aber ihre Beweglichkeit gleichfalls ein, zuletzt sieht man in der Flüssigkeit nichts mehr als unbewegliche Trümmer von Stäbchen und Körnchen. Gleichzeitig wird der Geruch des Blutes weniger penetrant, indem die Bildung ammoniakalischer Producte abnimmt. Die Zeit, d. h. längeres Stehen frei an der Luft, wirkt auf faules Blut ganz in der gleichen Weise, wie nach F. längerer Contact mit Sauerstoff oder fortgesetzter Aufenthalt im leeren Raume. Wurde von diesem faulen Blute eine Injection von $1/2$ bis 2 Kbcm. in die Venen bei Hunden gemacht, so traten bei allen (6 an der Zahl) Infectionserscheinungen auf, Temperatursteigerung, Appetitlosigkeit, Erbrechen, gallige, selbst blutige Durchfälle. Vier von den Thieren starben, aber erst nach 10—12 Tagen, die zwei anderen erholten sich allmälig wieder vollständig. Altes, gefaultes Blut, in welchem jedes sichtbare Leben erloschen ist, hat demnach dieselbe toxische Wirkung, wie das Blut, in dem die organischen Keime und Pilze in voller Lebensthätigkeit sich befinden und man müsste als unmittelbare Ursache der septischen Fähigkeit chemische Veränderungen annehmen, bewirkt durch die Gegenwart resp. den Zerfall der Organismen, nicht die Organismen selbst. — Andererseits aber zeigt das Blut der durch so gefaultes Blut inficirten und gestorbenen Thiere zahlreiche Bacterien und Coccobacterien, obwohl doch in dem injicirten Blute kein lebendiger, bewegungsfähiger Keim vorhanden gewesen ist. — Putrides Blut, welches 5 Monate lang in der Sonne gestanden und eine teigige Consistenz durch Verdunstung erlangt hatte, wurde im Luftbade vollkommen getrocknet und zu einem feinen Pulver zerrieben. Fein gesiebt wurde es in der Dose von je $1/2$ Kbcm. mit 2—3 Kbcm. Wasser vermischt und diese kräftigen Hunden in die Cruralvene eingespritzt. Anfangs zeigten die Thiere eine mässige Depression, nach 4—5 Tagen stellte sich Fieber ein, gallig-blutige Diarrhoe, Erbrechen, gallenfarbstoffhaltiger Harn u. s. w.

Von den drei Hunden starben 2 nach 10 resp. 16 Tagen. Auch hier enthielt das Blut Bacterien, auch hier zeigten die rothen Blutkörperchen die bekannte Formveränderung und den Zerfall, wie im Blut septisch inficirter Thiere. Und doch konnte die genaueste Untersuchung des getrockneten und mit Wasser vermischten Pulvers nichts von lebenden Bacterien oder Vibrionen darin entdecken. Da somit auch das Blut, welches durch alle Perioden der Fäulniss bis zur gänzlichen Austrocknung hindurchgegangen ist, immer nach einer gewissen Incubationsdauer septische Erscheinungen hervorbringt, so muss man nach F. annehmen, dass in der eingespritzten Flüssigkeit bewegungslose und scheinbar todte Keime vorhanden gewesen sind, die in normales Blut eingeführt gleichsam wieder aufleben und nun ihre septische Fähigkeit von Neuem entwickeln können.

J. Munk (Strassburg i/E.).

N. Gréhant und **E. Modrzejewski.** Von der Zersetzung der Eiweisskörper im Vacuum.

(Denkblätter d. Warschauer ärztl. Gesellschaft 1875. Hft. 1 u. 2. p. 167.)

In dem Laboratorium von Claude-Bernard in Paris unternahmen die Verff. eine Reihe von Untersuchungen, um festzustellen, welcher Natur die gasförmigen Producte sind, welche sich aus dem Blute, nachdem man die gewöhnlichen Blutgase ausgepumpt hat, entwickeln. Sodann aber sollten die Quellen dieser Gasbildung und etwaige Einflüsse aufgesucht werden, welche die Quantität und Qualität der Gasbildung zu modificiren im Stande wären.

Das entgaste Blut lieferte im luftleeren Raum und bei constanter Erwärmung auf einen bestimmten Wärmegrad, ein Gemisch von Kohlensäure, Wasserstoff, Schwefelwasserstoff und Stickstoff und zwar in grosser Menge und während einer sehr langen Zeitperiode (einzelne Versuche dauerten bis zu 2 Monaten), am reichlichsten bei einer Temperatur von 40° C. Parallelversuche mit Hühnereiweiss, Serum, Paraglobulin und Casein zeigten, dass die Gasbildung auf der Zersetzung von Eiweisskörpern im Serum, und im Blut speciell auf derjenigen des Paraglobulin beruhe. — Dass diese Zersetzung eine Fäulniss von Eiweisskörpern sei, schlossen die Verf. einmal aus dem charakteristischen Fäulnissgeruch von Proben, die sie während der Gasentwickelung aus den sich zersetzenden Flüssigkeiten entnahmen (nach vollendeter Gasproduction war ein charakteristischer Fäulnissgeruch an den zersetzten Substanzen nicht mehr wahrnehmbar), und zweitens aus der constanten Anwesenheit in reichlicher Vermehrung begriffener Mikroorganismen. — Alle weiteren Bemühungen der Verf. um die Entwickelung der letzteren zu hindern, blieben erfolglos. Weder durch Anwendung aller Cautele, um den Zutritt der Mikroorganismen zu den Untersuchungsflüssigkeiten zu hindern, noch durch Modification der Temperatur des erwärmenden Wasserbades, noch durch

Hinzufügen antiseptischer Stoffe zu den eiweisshaltigen Flüssigkeiten (es wurde Jod, Arg. nitr., Cyanquecksilber, Seesalz und Kohlenoxydgas zugefügt) gelang es die Entwickelung jener kleinen organischen Gebilde zu stören. So fanden sie sich in grosser Menge bei constanter Erwärmung des Serum bis auf 75°; dagegen war die Menge der gebildeten Gase auffallend verringert, wenn man die Temperatur des Wasserbades auf 19° C. herabsetzte, statt sie auf 40° C. zu halten. — Mit Kohlenoxydgas gesättigtes Blut zeigte selbst nach längerer Zeit die Blutkörperchen relativ wohl erhalten. Mikroorganismen wurden dagegen noch nach 2 Monaten in einer aufgehobenen Probe dieses Blutes nachgewiesen. — Im Serum, welches mit Jod und dann mit Höllensteinlösung versetzt worden, soll das entwickelte Gasquantum um ein Drittel kleiner gewesen sein, als im unvermischten Serum. — Bei Anwendung von Cyanquecksilber wurde die Gasentwickelung auf ein Minimum reducirt, trotzdem reichliche Mikroorganismen anwesend waren. — Ebenso setzte Seesalz in einer Lösung von Hühnereiweiss die Gasbildung ganz beträchtlich herunter. — Die Verff. resümiren ihre Ergebnisse dahin, dass die angewandten Giftstoffe (Cyanquecksilber, sowie Antiseptica, z. B. Seesalz) keinen hindernden Einfluss auf die Entwickelung von Mikroorganismen üben, dass sie aber die chemischen Zersetzungen eiweisshaltiger Substanzen und die hiermit verbundene Bildung gasiger Producte abhalten. Diese Gasbildung wird stets begleitet von einer Entwickelung von Mikroorganismen, ohne dass durch letztere die Quantität oder Qualität der Gase verändert würde.

Zuletzt suchen die Verf. den schädlichen Einfluss der gasförmigen Zersetzungsproducte von Eiweisskörpern auf die Gesundheitsverhältnisse in Wohnungen, Spitälern und in der Nähe von Schlachthäusern u. s. f. zu beleuchten. Lesser (Berlin).

V. Czerny. Ein Aneurysma varicosum. Ein Beitrag zur Lehre von der Organisation geschichteter Thromben.

(Virch. Archiv Bd. LXII. p. 464.)

Die jüngst ausgesprochenen Ansichten Roser's und Hain's (Chirurg. Centralbl. 1874. p. 477) über die Natur des aneurysmatischen Sackes in frischen Fällen von Aneurysma traumaticum kritisirt C. unter gleichzeitiger Mittheilung des Untersuchungsbefundes an einem von ihm operirten Aneurysma varicosum der Arteria und Vena femoralis. Dasselbe war bei einem 20jähr. Mann durch den Stich eines Taschenmessers entstanden. Instrumentelle und 6 Tage fortgesetzte Digitalcompression, 4 Tage dauernde forcirte Flexion, ebenso die Unterbindung der Schenkelschlagader nach Hunter brachten keine Heilung. 4 Monate nach der Entstehung wurde mit Benutzung der Esmarch'schen Methode der Sack blossgelegt, gespalten, die Fibrincoagula ausgeräumt, die Arterie und Vene unterbunden. Der losgelöste

Theil des Aneurysmasackes wurde ausgeschnitten. Nach Ueberstehung eines Erysipels Heilung. — Das Wesentliche am Befunde des ausgeschnittenen Aneurysma ist das Bestehen eines leicht isolirbaren, derben Bindegewebssackes, der dadurch an Dicke zunimmt, dass die Innenfläche granulationsartig in die äussersten Fibrinschichten hineinwächst, während sowohl Fibrin als rothe Blutkörperchen resorbirt werden oder vielleicht zum kleineren Theil als Intercellularsubstanz persistiren. Nach Vergleichung mit dem Roser'schen Befund erscheint die Annahme am natürlichsten, dass der Roser'sche Fibrinsack gleichsam als Modell für die hereinwachsenden Blutgefässe und für die nachfolgende Gewebsbildung gedient hat, dass somit die Roser'schen Fälle blos das früheste Entwickelungsstadium des traumatischen Aneurysma darstellen. Im obigen Fall wenigstens fand ein temporärer Abschluss in der Bildung eines derben Bindegewebssackes statt. **Madelung** (Bonn).

Semmer. Ueber die Ursache der Furunkel.

(Deutsche Zeitschrift f. Thiermed. u. vergl. Pathologie 1875. Bd. I. Hft. 2 u. 3.)

Bei Bewohnern eines Hauses, die einige Zeit an mehr oder weniger zahlreichen Furunkeln gelitten hatten, führt S. die Erkrankung auf den Genuss verschimmelten Sauerkohles zurück. Er fand in den von den Furunkeln ausgestossenen Eiterpfröpfen ein zahlreiches Geflecht von Pilzfäden, die den Mycelfäden des Kohls vollkommen gleich waren. Schimmelsporen werden durch Siedehitze schwer zerstört, ausserdem war der Kohl theils ungekocht genossen worden; »es hatte also eine Einwanderung von Schimmelsporen vom Darm aus ins Blut stattgefunden.« **Arn. Hiller** (Berlin).

Landsberg. Zur Aetiologie und Prognose intra- und extraocularer Sarcome.

(Virch. Archiv Bd. LXIII. p. 267.)

L. erzählt einen Fall von Fibrosarcom der Aderhaut, zu dessen Bildung ein eitrig chorioiditischer Process den Ausgangspunkt gegeben. Einer 28jähr. Frau wird das Hymen exstirpirt. Phlebitis. Abscessbildung in den grossen Schamlippen und inneren Schenkelflächen. Plötzlich auftretende heftige Schmerzen im linken Auge, rasch fortschreitende Sehstörung, metastatische Chorioiditis. 4 Monate später wurde das total amaurotische Auge enucleirt. In der Höhle des Bulbus befindet sich fast ein Theelöffel Eiter; daneben eine solide Geschwulst von Haselnussgrösse, die vom äusseren Abschnitt der Aderhaut ausging. Nach $2^1/_2$ Jahren keine Spur eines Recidivs. — Den Uebergang einer einfach hyperplastischen Neubildung (Schleimpolyp der Nasenhöhle) in ein ausserordentlich bösartiges, sich in benachbarte und durch knöcherne

Wände geschiedene Höhlen (Orbital-, Schädel- und Stirnhöhle) ausbreitendes Sarcom (parvicelluläres Myxo-Sarcom) zeigte ein 55jähriger Mann.

Den Orbitalsarcomen giebt die bereits in einem frühen Stadium der Neubildung ausgesprochene Tendenz zur Verbreitung in die Tiefe der Orbita resp. über diese hinaus eine prognostisch schlimme Bedeutung. Die vom Bulbus selbst ausgehenden Sarcome dagegen behalten selbst nach Perforation des Bulbus die Neigung zu einer concentrischen Verbreitung. Bei ihnen ist es möglich, durch reine Exstirpation dauernde Heilung oder mehrjährigen Stillstand zu erzielen. Nach Exstirpation eines vielzelligen Melanosarcom, welches von der Chorioidea ausgehend die Orbita ausfüllte, blieb 2 Jahre laug jedes Recidiv aus. Dann wurde ein kleines Recidiv und nach drei Jahren ein zweites exstirpirt. Bis jetzt in weiteren drei Jahren kein neues Zeichen des Fortbestehens des Leidens. Ebenso zeigte ein Patient, dem wegen kleinzelligen von der Sclera ausgehenden und die ganze Orbita ausfüllenden Medullarsarcoms der ganze Inhalt der Orbita inclusive dem unteren Lid exstirpirt wurde, zwei Jahre nachher noch kein Recidiv.

Madelung (Bonn).

Terillon. Étude expérimentale sur la contusion du foie.

(Arch. de Physiologie 1875. p. 22—32.)

Ueber die Wunden der Leber liegen eine Reihe von Arbeiten vor, unter denen aus neuester Zeit besonders die von L. Mayer zu erwähnen ist; spärlich sind dagegen die Erfahrungen über Contusion der Leber. T. hat letztere experimentell in der Art studirt, dass er Hunden, die rücklings gelagert wurden, durch brüsque Erschütterung des rechten Hypochondriums mit Hämmern von verschiedener Dimension und Schwere Contusionen der Leber beibrachte. Auf die Läsion folgte stets eine ausserordentlich geringe Reaction. Die Allgemeinwirkung, die anfangs recht bedeutend erscheint, verschwindet schnell; ungeachtet der Ausdehnung der Verletzung ist der Erguss in die Bauchhöhle nur spärlich, die Peritonitis bleibt auf die direct afficirten Partieen localisirt und giebt weiterhin, wenn auch nicht gerade häufig, zur Bildung von Adhärenzen und Verwachsungen Veranlassung. Selten entsteht allgemeiner Icterus, selten ist icterischer Harn. Bei allen Hunden folgte auf Contusion der Leber Wiederherstellung. Meistens enstanden wenig tiefe und wenig ausgebreitete Fissuren des Lebergewebes, die von einem weichen Blutgerinnsel erfüllt waren. Die Länge und Tiefe der Fissuren ist sehr verschieden; sie kann bis auf 10—15 Cm. sich belaufen. Bei sehr heftigen Contusionen entsteht ein klaffender Spalt von einer Tiefe von 4—5 Cm. mit zackigen Rändern, der ebenfalls von einem Blutcoagulum ausgefüllt wird. Bei allen diesen Verletzungen war zugleich die Glisson'sche Kapsel mit zerrissen. Ist dagegen, was auch vorkommt,

diese intact, so findet sich ein Bluterguss in der Leber, der unter der Kapsel sitzt und die Kapsel beulenartig an dieser Stelle emporwölbt; das Blut findet sich dann in einem oberflächlichen, unmittelbar unter der Kapsel gelegenen Leberriss. — Nicht selten kommen noch in der Tiefe multiple kleine Blutheerde von Stecknadelkopf- bis Haselnussgrösse vor, die indess mit dem oberflächlichen Heerde in durchaus keiner Communication stehen. In den Fällen, wo die Kapsel mitgesprengt ist, findet sich 24—48 Stunden nach der Contusion rings um das Blutgerinnsel, welches die Ränder der Fissur mit einander verklebt und überdeckt, eine mehr oder weniger dichte Lage von jungen Zellen vor, wodurch der Blutheerd von den übrigen Leberläppchen scharf abgegrenzt wird. Diese Zellenschicht geht über die Fissur hinaus, breitet sich pilzförmig über die Leberoberfläche aus und bildet so eine die Fissur verdeckende Pseudomembram. Diese jungen Zellen sind abgeplatteten und verlängerten Leberzellen ähnlich; um die Fissur herum besteht beträchtliche Hyperämie. In der Umgebung der Läsion sind die Leberzellen stark granulirt, ihre Kerne treten nur undeutlich hervor. Am vierten bis fünften Tage findet man reichliche Spindelzellen zumeist in den peripherischen Partieen. Das Blutgerinnsel hat an Umfang abgenommen und ist von allen Seiten von dem embryonalen Gewebe eingeschlossen, welches die Tendenz zur Organisation zeigt. Gegen den neunten Tag ist die Vernarbung vollendet, auf der Leberoberfläche bleibt dann nur als Zeichen der verheilten Verletzung eine leichte Depression von graulich durchscheinender Farbe zurück. — Ist die Kapsel nicht zerrissen, der Bluterguss also unter ihr gelegen, so zeigt sich im weiteren Verlauf, was die Veränderungen des Lebergewebes und die Entwickelung der jungen Zellenbrut anlangt, kein Unterschied von der erst geschilderten Art der Verheilung; nur geht gerade bei dieser Form der Verletzung die Vernarbung auffallend langsam vor sich und beginnt erst am 8. bis 10. Tage. Während dieses Zeitraums gehen die dem Blutheerde benachbarten Leberläppchen fettige Degeneration ein, dann kommt es zur Einkapselung des Blutheerdes, zu dessen Resorption ausserordentliche lange Zeit erforderlich ist. So kann man noch nach $1^1/_2$ Monaten mehrere dieser kleinen Heerde mit schwarzen Pigmentmassen erfüllt sehen. Schnittwunden, die T. Hunden durch Messerstiche beibrachte, welche bald der Längs-, bald der Querrichtung nach etwa 1 Cm. tief in die Leber geführt wurden, zeigten in ihrer Verheilung nichts Specifisches, was sie von den einfachen Contusionsfissuren der Leber unterscheiden könnte. Der Process der Wiederherstellung geht auf Kosten der jungen Zellenbrut vor sich, welche sich in fibröses Bindegewebe verwandelte und so die Narben bildet. Diese jungen Zellen sollen nach der Ansicht einiger Autoren aus dem Blut direct emigrirte farblose Blutzellen sein, nach anderen, besonders Joseph und L. Mayer von den Leberzellen herstammen. T. meint, dass in den Fällen wo die Kapsel zerrissen ist und also die Wunde mit der Bauchhöhle communicirt, die jungen Zellen zum Theil von dem Endothel der Serosa herrühren, das

nach Cornil und Ranvier bei entzündlicher Reizung der Peritonealoberfläche anschwillt, proliferirt und dann sich von der Serosa ablöst. Hierfür spricht auch, dass bei der subcapsulären Verletzung, wo der Blutheerd nicht mit dem Peritoneum in directer Communication steht, die jungen Zellen und die durch sie eingeleitete Vernarbung sehr spät auftreten. Was das Endothel der die Leber bedeckenden Serosa anlangt, so war an ihm an den Stellen, wo es über der fissurirten Partie verloren gegangen war, ausnahmslos eine rasche Regeneration zu constatiren, die gewöhnlich am 10. Tage gänzlich vollendet war. Diese schnelle Regeneration erklärt nach T., weshalb man nach Lebercontusion so selten zwischen der Leberoberfläche und den Bauchwandungen Adhärenzen findet. **J. Munk** (Strassburg i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

Czerny. Erinnerungen aus meinen Lehrjahren an der Billroth'schen Klinik.

(Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 8 u. 9.)

1) Phosphornekrose. Subperiostale Resection beider Oberkiefer und beider Jochbeine vom Munde aus.

Verf. berichtet über diese von ihm während einer Ferienzeit in einer Sitzung vorgenommene, sonst noch nicht richtig beschriebene Operation. Ein 40jähr. Pat. hatte seit seinem 14. Jahre in einer Zündholzfabrik gearbeitet, stets gute Zähne gehabt, bis ein Jahr vor seinem Eintritt in die Klinik ein Backzahn cariös wurde und schnell ausfiel. Unter Schmerzen verlor er fast alle Zähne, erst des Oberkiefers derselben, dann der anderen Seite. Nekrose folgte unter starker Jaucheabsonderung; schlaflose Nächte und mangelhafte Ernährung brachten den Pat. sehr herunter. C. nahm Ablösung des mucös-periostalen Ueberzugs des Gaumens, sowie der vorderen Fläche des Oberkiefer vor und sprengte mittelst horizontal verlaufender Meisselschläge die knöcherne Gaumenplatte ab. Die übrigen Partieen der Oberkiefer und Jochbeine liessen sich theils durch stumpfes Lösen, theils durch Meissel und Knochenzange entfernen. Ein kleiner äusserer Hautschnitt wurde durch 3 Knopfnähte geschlossen, der Gaumenüberzug mit der Gingiva vereinigt. Die Nase behielt als Stütze das Knorpelgerüst, Vomer und Nasenbeine. Drainagerohre gingen durch die Nasenlöcher in die Höhlen. Da die Blutung sehr gering war, konnte die Operation in der Narkose ausgeführt werden. Nach 4 Wochen wurde Pat. auf seinen Wunsch entlassen, nach 2 weiteren Tagen im bewusstlosen Zustand in das Rudolf-Spital aufgenommen, wo er bald verschied. Eine Sinusthrombose war die Todesursache.

2) Exstirpation eines kopfgrossen subpleuralen Lipoms. Tod durch septische Pleuritis.

Bei einem 18jähr. Pat. war in 3 Jahren unterhalb der linken Scapula ein Tumor entstanden, der in Form und Grösse einem Mannesschädel glich, nach einem Fall auf die betreffende Stelle entstanden sein soll, unter Haut und Musculatur sass, sich bei der Operation als Lipom manifestirte, von welchem ein faustgrosser Lappen zwischen 7. und 8. Rippe, die er auseinander gedrängt, in den Thoraxraum ragte. Dieser Theil wurde, nachdem die äussere Partie entfernt war, herausgeschält, ohne die ihm dicht anliegende Pleura zu perforiren. Es erfolgte jauchige Eiterung, Perforation, septische Pleuritis und der Tod. Ein Obductionsbefund ist beigegeben.

v. Mosengeil (Bonn.)

Bollinger. Ueber die Ursache plötzlicher Todesfälle und den sogenannten Rothlauf bei Schweinen.

(Deutsche Zeitschrift f. Thiermed. u. vergl. Pathol. 1875. Bd. I. Hft. 1.)

In zwei Fällen von plötzlichem Tod ohne vorauf gegangene Krankheitserscheinungen (»bösartiger Rothlauf«) fand B. als die Ursache Pallisadenwürmer (Strongylus paradoxus) in den mittleren und feinsten Bronchien, eine reich entwickelte Brut, Eier und Embryonen; im Lungengewebe selbst dadurch bedingtes acutes Lungenödem. Er glaubt, dass alle Erscheinungen des sog. »Rothlaufs« der Schweine sich auf obige Affection werden zurückführen lassen.

Arn. Hiller (Berlin).

S. Gamgee. Verletzung der Arteria meningea média; traumatisches Aneurysma, Blutungen, Ligatur der Carotis communis; Tod.

(The Lancet 1875. Vol. I, p. 535.)

Am 7. März wurde ein Polizeidiener mit Verletzung am linken Ohre pulslos im Hospitale aufgenommen; die Stichwunde ging durch den Tragus und längs der vorderen Wand des äusseren Gehörganges in die Tiefe; graduirte Compressen und Eis wurden applicirt; am 13. konnte Pat. die nothwendigen Aussagen zu Protocoll geben; am 17. bildete sich eine kleine pulsirende Schwellung unter dem linken Ohre aus, in welcher deutlich »Geräusch« zu hören war; Abends $10^1/_2$ Uhr erfolgte erneute Blutung aus dem Ohre; directe Compression und Eis brachte dieselbe zum Stillstand. Da die pulsirende Schwellung um das Ohr herum zugenommen hatte und die Pulsation nach Compression der Carotis erlosch, so wurde 70 Stunden lang Digitalcompression von Studirenden mit dem Erfolge durchgeführt, dass die Pulsation und das Geräusch in dem Aneurysma sehr schwach und der Tumor selbst fester wurde. Nach Aussetzen der unerträglich gewordenen Compression erfolgten leichtere Blutungen, bis am 23. eine starke Nachblutung zur Ligatur der Carotis communis zwang, die in Aether-Narkose mit Catgut ausgeführt wurde. Pat. war bald wieder völlig bei Bewusstsein und die Blutung stand dauernd; aber nach 4 Stunden erfolgten Delirien, nach $8^1/_2$ Stunden rechtsseitige Hemiplegie und am folgenden Tage der Tod.

Section: Der Catgutfaden in situ, die Intima durchschnitten. Im centralen Ende ein fester, vollkommen adhärenter Trombus, das peripherische Ende leer. Die Membrana tympani zerrissen. Eine irreguläre Höhle zwischen den Mm. pterygoid mit in eitriger Umsetzung begriffenem Blut erfüllt; die Dura mater und das Gehirn vollständig (?) normal; die Art. meningea media durch Knochensplitter an der Verbindungsstelle der pars petrosa und squamosa des Schläfenbeins zerrissen; von dieser Stelle führte ein unregelmässiger Gang zum aneurysmatischen Sacke.

Pils (Stettin).

Biot. Considérations pratiques sur l'opération du bec-de-lièvre, tirées de la clinique de M. le Dr. Delore, à l'hôpital de la Charité de Lyon.

(Bulletin général de thérapeutique 1875. No. 8.)

Verf. beschreibt auf's Genaueste alle Regeln, welche in der obengenannten Klinik bei der Hasenschartenoperation beobachtet werden. Vieles ist schon bekannt und bedarf keiner Erwähnung. D. näht mit Silber und legt regelmässig eine vollständige hintere Schleimhautnaht an. Sie soll nebenbei den Vortheil haben, dass die kleinen Operirten gegen die Oberlippe mit der Zunge nicht zu drücken versuchen, indem sie sich gegen die scharfen Enden der Silbernähte stechen. Die Entspannung der Lippe geschieht mittelst eines $1^1/_2$ Cm. breiten Heftpflasterstreifens, der 3 Mal um den Kopf, abwechselnd über und unter den Ohren, geht.

Bei prominirendem und absolut nicht zurückzubringendem Zwischenkiefer, wie solches bei einseitig, seltener bei doppelseitig complicirten Hasenscharten vorkommt, führt D. bekanntlich die subperiostale Excision eines Keiles aus dem Vomer aus.

Girard (Strassburg i/E.).

Hanow. Die Salicylsäure gegen Diphtheritis.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 20.)

Verf. hat mit Salicylsäure innerlich (stündlich 1 Löffel von 0,5 Acid. salicyl. auf 150,0 Wasser langsam zu verschlucken) bei einer Diphtheritisepidemie gute Erfolge erzielt. Nach der dritten bis vierten Gabe reichliche Abstossung der diphtheritischen Fetzen und Abfall des Fiebers. Nach 12 Stunden begann Reconvalescenz. **v. Mosengeil** (Bonn).

Paul Fürbringer. Aus der Klinik des Prof. Friedreich. Salicylsäure gegen Katarrhe der harnleitenden Organe mit ammoniakalischer Gährung des Harns.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 19.)

Bei 4 bezüglichen Fällen wurde Salicylsäure in Tagesdosen von durchschnittlich 1,0 Gramm in schleimigen Decocten, Schüttelmixturen etc. gereicht. Dabei schwanden die alkalische Reaction, übler Geruch und Bacterien im Urin, oder, wie Verf. sagt, »die Erreger und Producte der ammoniakalischen Gährung«; der Eiterbildungsprocess wurde aber nicht sistirt. Bei künstlichen septischen Fiebern infolge putrider Infection bei Kaninchen erwies sich Salicylsäure gleichfalls wirksam, nicht aber bei reinen Entzündungsfiebern (cf. Centralbl. f. Chir. 1875. No. 22).

v. Mosengeil (Bonn).

G. B. Balch. Stricture of the oesophagus, with the lodgment in it of a foreign body.

(New York med. Journal 1875. Bd. XXI Hft. 3 p. 272.)

Pat. hatte, $2^1/_2$ Jahr alt, zufällig etwas Schwefelsäure verschluckt. Nachdem die Gefahr für das Leben überwunden war, konnte Pat. 6 Jahre lang nichts als flüssige und halbflüssige Nahrung zu sich nehmen. Seitdem er angefangen feste Speisen zu geniessen, hatte er wiederholt Verstopfungen des Oesophagus durchgemacht, von der Dauer weniger Minuten bis zu fünfzig Stunden. Im 15. Lebensjahr blieb ein Stück gekochtes Rauchfleisch in der Speiseröhre sitzen und man versuchte vergeblich, es nach abwärts zu stossen oder auszuziehen. Es wurde dem Pat. Salzsäure gegeben, um das Fleisch zu verdauen und aufzulösen und nach 36 Stunden lang dauernder Obstruction schluckte Pat. das Stück herunter. Im 27. Jahr wiederholte sich dies mit einem Stück Roastbeef. Auf den Gebrauch von Salzsäure und Pepsin gelang es nach 37 Stunden die Verstopfung zu heben.

Madelung (Bonn).

A. Colson. De l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac.

(Thèse, Paris, 1874.)

Verf. betont den Werth der äusseren Herniotomie gegenüber dem Bruchschnitt mit Eröffnung des Sackes. Er veröffentlicht 11 neue Fälle, die nach ersterer Methode operirt wurden. Nur ein Pat., zu welchem er zu spät gerufen wurde, starb nach diesem Eingriff; die 10 anderen, obgleich 2 darunter ein heftiges Ersyipelas durchzumachen hatten, kamen alle durch. **Girard** (Strassburg i/E.).

Notes of hospital pratice (Roosevelt hospital).

(New York med. Journal 1875. Bd. XXI. Hft. 3.)

1) Jodoform in stricture of the urethra.

Mit vielem Vortheil wurde folgende Methode angewandt. Jeden Tag wurde die Strictur mit 3 Bougies erweitert. Nach Entfernung der grössten derselben

wurde eine kleinere, die mit Jodoformsalbe bestrichen war, eingeführt, dann der Penis comprimirt und so beim Ausziehen der Bougie die Salbe in der Urethra vertheilt.

2) The use of ergot in the treatment of haemorrhoids.

Klystiere von einer Drachme von Ergotintinctur und drei Unzen Wasser wurden mit zufriedenstellendem Erfolg bei Behandlung von Hämorrhoiden angewandt.

Madelung (Bonn).

J. Ashton. Fractur und Ablösung des Trochanter major.

(Lancet 1875. Vol. I. p. 231.)

Ein 16jähriger Knabe, den Kammeraden auf dem Felde hin- und hergeschwungen und dann auf den Boden hatten gleiten lassen, klagte nach einigen Tagen über heftige Schmerzen im Hüftgelenke und dessen Umgebung; der ganze Oberschenkel und die anliegenden Partieen erschienen stark geschwollen und empfindlich; Hautwunde und Crepitation fehlte, dabei verursachte Bewegung im Hüftgelenke hochgradige Schmerzen, beide Beine sollen gleiche (?) Länge gehabt haben, doch wurde am folgenden Tage, als eine beschränkte Fluctuation fühlbar wurde, Verlängerung des kranken Beines erkannt. Der Puls war klein, schnell, unregelmässig, Zunge braun, dauerndes Delirium. Nachdem am 2. Tage der Abscess geöffnet worden, war deutlich Crepitation vorhanden; nach 2 Tagen erfolgte der Tod. Aus dem Sectionsbefund wird nur hervorgehoben, dass der fracturirte Trochanter major in toto abgelöst und der Schenkelhals und oberes Femurende cariös, das Hüftgelenk zerstört waren. Dem Krankheitsverlaufe wird schliesslich noch hinzugefügt, dass der Knabe nach dem Unfalle bis zum Abend gearbeitet und anfangs nur etwas Steifigkeit im Beine verspürt habe. Die nächsten 2 Tage ging er wieder zur Arbeit — Morgens und Abends einen Weg von 3 englischen Meilen — dann erst blieb er der Schmerzen wegen zu Hause. Für wissenschaftliche Verwerthung lässt Krankengeschichte und Sectionsbefund manche Angabe zu wünschen.

Pilz (Stettin).

Güterbock. Ueber einen Fall von geheilter Hüftgelenkresection, Vortrag gehalten am 13 Jan. 1875 in der Berl. med. Gesellschaft.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 13.)

G. fand bei einem 2jährigen Kinde Coxitis; Adduction, Einwärtsrollung, Flexion, Abscess oben und aussen am Oberschenkel und Fieber. Unter Extensionsbehandlung Zunahme des Abscesses und Fiebers; nach zwei Monaten durch dreimal wiederholte Aspiration Eiter entleert. Danach spontaner Aufbruch an mehreren Stellen, ferner multiple phlegmonöse Abscesse und allgemeine Verschlimmerung. Nach Aufgabe der mechanischen Behandlung allmälige Besserung und Luxatio coxae. Resection unter Anwendung Esmarch'scher Constriction (auf diese Constriction wird die Genese eines Abscesses zurückgeführt, welcher später entstand und nicht mit der Wunde in Communication stand). Die Heilung erfolgte schnell mit starker, callusartiger Knochenneubildung — anfangs Lagerung im Extensionsverband — später Taylor'sche Maschine. Schliesslich theilt G. die Operationsstatistik von 19 Resect. coxae wegen Caries aus dem Kinderhospital in London (nach Holmes) mit, von denen 6 am Leben blieben, wovon aber 3 nur unvollständig heilten. Trotzdem empfiehlt G. die Operation häufiger, jedoch mit sorgfältiger Auswahl, vorzunehmen.

v. Mosengeil (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 32. **Sonnabend, den 7. August.** **1875.**

Casuistischer Beitrag zur Lehre von der Brucheinklemmung.

Von

Dr. H. R. Ranke,

Assistenzarzt der chirurg. Klinik zu Halle.

Die durch Lossen zur Erklärung der Brucheinklemmung herbeigezogenen Experimente haben, meines Wissens, bis zur Zeit keine Prüfung durch solche Beobachtungen am Krankenbette erfahren, in denen es möglich war, die Uebereinstimmung der Verhältnisse mit den Lossen'schen Versuchsbedingungen festzustellen. Die nach den Lossen'schen Vorschriften gemachten und gelungenen Repositionen können keinen Anspruch auf Beweiskraft erheben, da sie diese Bedingung natürlicherweise nicht zu erfüllen vermögen. Somit dürfte

die Veröffentlichung des nachfolgenden Falles von Herniotomie gerechtfertigt sein.

Am 7. Juli 75 wurde Professor Volkmann zu einer 73jährigen Dame gerufen, die seit 4 Tagen unter heftigen Einklemmungserscheinungen erkrankt war. Schon viele Jahre besass dieselbe einen linksseitigen Schenkelbruch, welchen sie jedoch stets leicht bis auf einen kleinen Rest hatte zurückbringen können. Ein Bruchband hatte sie nicht getragen. Die Einklemmung war plötzlich bei einer Anstrengung erfolgt. Die etwa klein-apfelgrosse Hernie widerstand sowohl den gewöhnlichen, als den Lossen'schen Repositionsversuchen auch in tiefer Narkose, so dass sofort, bei den schon bedrohlichen Erscheinungen, dem heftigen Kothbrechen, zur Operation geschritten werden musste. Die Taxis gelang nach Freilegung des Bruchsackes ebensowenig wie vorher; da ein Finger leicht neben dem Bruchsackhalse in die Pforte einzuführen war, durfte man hier auch nicht den Sitz der Einklemmung suchen. Der dicke Bruchsack wird nunmehr schichtweise gespalten. In ihm findet sich ausser einer geringen Menge braunrothen Bruchwassers zunächst, mit der vorderen Wand fest durch alte Adhäsionen verbunden, ein blattförmiges, flaches Stückchen Netz, kleiner als eine Daumenendphalanx; der nicht 4 Mm. dicke Stiel ist schwielig und mit der Bruchsackwand verwachsen. Hinter ihm liegt, mit ihm und den Sackwänden durch frische Adhäsionen theilweise lose verklebt, eine Dünndarmschlinge. Ausschliesslich auf der convexen Seite derselben finden sich über eine 3 Ctm. lange Strecke verbreitet zum Theil confluirende, durch die ganze Dicke der Darmwand gehende, gegen die Umgebung stark eingesunkene Gangränflecke. Der Darm wird etwas vorgezogen; der vorn liegende (wie sich später herausstellte, zuführende) Schenkel zeigt eine circuläre, scharf begrenzte, ca. 4 Mm. breite gangränöse Einschnürung, der einklemmenden, engsten Stelle im Bruchsackhalse entsprechend, während am hinteren (abführenden) nur eine einfache Einschnürung zu bemerken ist. Unter diesen Umständen verzichtete Prof. Volkmann auf die Reposition, und spaltete die Schlinge von dem erwähnten gangränösen Ringe anfangend an der convexen Seite in der Ausdehnung von 3—4 Ctm. Bis auf eine nicht tropfbare, der Darmwand anhaftende Menge röthlichen Serums stellt sich die Schlinge als vollständig leer heraus. Druck auf den Leib befördert ebensowenig wie gleichzeitig eintretende Brechbewegungen Darminhalt zu Tage. Die einklemmende Stelle des Bruchsackhalses wird auf dem Finger flach incidirt, trotzdem erscheint kein Koth. Ein mehrmaliges Eingehen mit dem Finger in den vorderen (zuführenden) Schenkel bis über die Wurzel desselben hinaus in die Bauchhöhle constatirt bis hierher absolute Leere des Darmes, und erst bei eintretenden peristaltischen Bewegungen kommt stossweise je eine Portion sehr dünnflüssigen Kothes zu Tage. Ein eingeführtes Drainrohr besorgt seitdem den Abfluss der durch die Peristaltik intermittirend herangeschafften Kothmengen.

In diesem Falle, in welchem alle Symptome der Einklemmung vor-

handen waren, kann demnach ebensowenig von einer abschliessenden Wirkung des Darminhaltes in der Höhe der Einklemmungsstelle, als andererseits von einer Verengerung der Pforte durch nachrückendes Netz etc. die Rede sein. Die Druckverhältnisse im Abdomen zeigen keinerlei Einfluss auf die Schlinge. Dass der zuführende Schenkel die schwereren Spuren der Constriction zeigte ist nicht so sehr zu betonen als die Leere der Schlinge.

Die Koeher'sche Modification der Busch'schen Theorie der Abknickung des abführenden Schenkels durch Blähung des zuführenden Schenkels in der Bauchhöhle ist durch die über diese Stelle weit hinausgehende Fingeruntersuchung für unsern Fall ebenfalls ausgeschlossen. Für die Kocher'sche Concession an Roser fehlt der Inhalt in der Schlinge. Am ehesten entsprechen die Verhältnisse den Bidder'schen Ausführungen in Langenbeck's Archiv, Bd. XVIII, pag. 291; nur hat sich die Transsudation auf eine seröse Durchtränkung der Darmwand beschränkt.

Pasteur, Colin und Poggiale. Ueber Gährung und Fäulniss.

(Bulletin de l'académie de méd. de Paris 1875. No. 7—13, 15 u. 16.)

(Schluss aus No. 31.)

2) Ueber die Ursachen der alkalischen Harngährung hatte bereits vor 1 Jahre in der Academie eine Discussion stattgefunden. Man hatte sich darüber geeinigt, dass der Harn in der Blase spontan alkalisch werden könne; nur gingen die Meinungen auseinander bezüglich der Frage, ob diese Umsetzung des Harnstoffs durch ein Ferment bedingt werde, oder auf einer gewöhnlichen chemischen Reaction beruhe. Poggiale, der diese Frage wieder anregt, neigt sich zur letzteren Ansicht und führt eine Reihe von Beispielen an, in welchen Harnstoff ohne Fermentwirkung in kohlensaures Ammoniak und Wasser zerlegt wird, z. B. Erwärmen auf 140° C., Einwirkung von Kali causticum oder verdünnter Schwefelsäure. Der Harnstoff theile mit allen Amiden die Neigung, unter Wasseraufnahme das entsprechende Ammoniaksalz zu bilden; so geht Acetamid in essigsaures Ammoniak, Oxamid in oxalsaures Ammoniak und Carbamid in kohlensaures Ammoniak über. Andererseits hält es P. für beachtenswerth, dass die Bildung von kohlensaurem Ammoniak innerhalb der Blase immer mit einer Alteration des Blasenschleims zusammenfalle.

Pasteur vertritt die entgegengesetzte Ansicht, dass zur alkalischen Harngährung immer ein Ferment, und zwar ein organisirtes Ferment, erforderlich sei. Er giebt zu, dass die Umsetzung des Harnstoffs auch noch durch andere, rein chemische Einflüsse erfolgen könne; aber bei jeder sogenannten alkalischen Harngährung finde man, wie auch andere Beobachter bestätigt haben, immer Organismen. Bei der Harnstoffzersetzung innerhalb der Blase seien letztere ent-

weder mit dem Katheter eingeführt (Traube), oder man müsse annehmen, dass sie vermöge ihrer Eigenbewegungen von der Harnröhrenmündung bis zur Blase hinaufdringen.

Colin bestreitet entschieden diese letztere Möglichkeit und erinnert an die physikalischen Schwierigkeiten, die sich einem selbstständigen Vordringen kleinster Wesen durch die geschlossene oder vom Harnstrahl bestrichene Urethra entgegenstellen. Auch sei die Bedeutung der Bacterien für die Harnstoffzersetzung wohl keine so grosse und unbedingte, wie Pasteur annehme, da es ihm gelungen sei, einer Kuh drei mal hintereinander mit Zwischenräumen von einigen Tagen je 25 Ccm. stark alkalischen Harns in die Blase zu injiciren, ohne dass Harnfäulniss innerhalb der Blase eintrat, oder der gelassene Harn an der Luft früher alkalisch wurde, als unter sonstigen Verhältnissen. C. hält es darum auch gar nicht für erwiesen, dass eine alkalische Gährung in der (gesunden! Ref.) Blase überhaupt vorkomme, oder mit andern Worten, dass, wenn man kohlensaures Ammoniak in frisch gelassenem Urin finde, derselbe ein Gährungsproduct des Harnstoffs sein müsse. Kohlensaures Ammoniak komme in vielen Se- und Excretionen, in mancherlei Geweben als normaler Bestandtheil vor, so in der Exspirationsluft, im Magensaft, im Darminhalt, im Erbrochenen bei Puerperalfieber, in Speicheldrüsen und Nierensteinen, (Brandt, Lassaigne). Es könne daher auch in Fällen alkalischen Harns sehr wohl von den Nieren gebildet und ausgeschieden sein.

Mialhe bezweifelt dies, da von exacten Chemikern, Liebig, Lehmann, Scherer u. A., unter Anwendung sorgfältiger Methoden kohlensaures Ammoniak im frisch gelassenen Harn niemals hatte nachgewiesen werden können, und Pasteur erwiedert, dass die Gegenwart von kohlensaurem Ammoniak im Urin und die Harngährung verschiedene Dinge seien; bei letzterer träten immer Vibrionen auf. Colin's Versuche an der Kuh bewiesen nichts, da man nicht wisse, ob die Blase der Kuh überhaupt empfänglich sei für Harngährung, ja ob nicht immer eine Blasenaffection dazu erforderlich sei. Ueberdies könnte die Kuh bei der nächsten Miction die Versuchsflüssigkeit vollständig wieder entleert haben.

Diesen Einwand weist Colin zurück; die Entleerung sei niemals eine so vollständige, dass nicht einige Tropfen, mithin auch eine Anzahl von Keimen der vermeintlichen Fäulnisserreger in der Blase zurückblieben. Es könne also die Einführung von Vibrionen mittelst des Katheters nicht als die ausschliessliche Ursache der Harnfäulniss angesprochen werden.

Dies erläutert Gosselin schliesslich dahin, dass es im Organismus immer pathologischer Bedingungen bedürfe, schwerer Allgemeinleiden (Typhus) oder Blaseneiterung, welche als prädisponirende Momente wirkten, damit die durch die Sonde eingeführten Fermente septogene Kraft erhielten. Jeder Chirurg wisse, dass alkalischer Harn auch bei Nichtsondirten vorkomme. Er theilt 2 Beobachtungen mit,

in welchen sich nachweisen liess, durch Liegenlassen eines Katheters nach voraufgegangener Ausspülung der Blase mit Carbolwasser, dass der direct aus den Nieren abgesonderte Harn, ohne in der Blase zu verweilen, alkalisch sein (oder doch auf dem Durchgange durch die Harnwege alkalisch werden — Ref.) könne. Dass in solchen Fällen Vibrionen durch die (geschlossene) Harnröhre nach aufwärts »gewandert« seien, daran glaubt Gosselin auch nicht; würden sie in alkalischem Harn bei Nichtsondirten gefunden, so könnten sie nur durch den Respirations- und Circulationsapparat (und durch die Digestion, resp. die Chylusgefässe — Ref.) den Nieren zugeführt sein.

3) Die Erörterung der alkoholischen Gährung in Früchten bietet lediglich theoretisches Interesse bezüglich der vitalistischen Lehre Pasteur's. Lechartier und Bellamy hatten gefunden, dass reife Birnen und Aepfel, ohne dass ein Alkoholferment in ihnen nachweisbar war, im Verlauf von Monaten messbare Mengen von CO_2 und Alkohol entwickelten (1 Birne von 329 Gramm Gewicht in 9 Monaten sogar 11,4 Gramm Alkohol). Sie schlossen daraus, dass die alkoholische Gährung des Zuckers möglich sei ohne Hefe. Poggiale, der diese Beobachtungen mittheilt, hält diese Umsetzung gebunden an die Action der Pflanzenzellen, welche sich hinsichtlich ihrer Vitalität von den Hefezellen nur dadurch unterschieden, dass ihre Thätigkeit eine gewisse Zeit dauert und die Zellen dann absterben (?), während die Hefezellen sich reproduciren. Aehnlich sei auch die Beobachtung von Schützenberger zu deuten, welcher Buttersäuregährung erfolgen sah, wenn er den Stengel von Elodea canadensis unter Zuckerwasser tauchte. Diese Thatsachen sprächen jedenfalls gegen die Auffassung Pasteur's, dass „alle Gährung gebunden sei an die Gegenwart, Entwickelung und Vermehrung von Zellen“. Denn hier sei die Gährung ohne Zellenvermehrung erfolgt.

Pasteur hält diese Beobachtungen nur für eine eclatante Bestätigung seiner Theorie, welche er vor Kurzem, durch mehrfache Erfahrungen ganz ähnlicher Art genöthigt, dahin erweitert hatte, dass »jedes Wesen, jedes Organ, jede Zelle, welche die Fähigkeit besitze, eine chemische Action ohne freien O durchzuführen, Gährungserscheinungen hervorrufen könne«. In diesem Sinne hatte er selbst bereits die Beobachtung mitgetheilt, dass mehrere Schimmelarten unter geeigneten Bedingungen als Alkoholfermente wirken könnten. Dennoch seien alle derartigen Umsetzungen, auch die Fruchtgährung, verschieden von der eigentlich sogenannten Alkoholgährung; denn sie erfolgen ohne Bildung von Bernsteinsäure, Glycerin, Cellulose, Fett (und ohne Zellenvermehrung! Ref.), welche Stoffe bei der gewöhnlichen geistigen Gährung des Zuckers nie fehlen. — Pasteur benutzt gleichzeitig die Gelegenheit, noch einmal seinen für die ganze Theorie fundamentalen Versuch mitzutheilen, in welchem in einer gekochten Nährflüssigkeit, die 75 Gramm milchsauren Kalk enthielt, bei völligem

Luftabschluss auf Einsaat von Vibrionen eine nachweisbare Vermehrung derselben erfolgte und zugleich eine Umwandlung des milchsauren Kalks (in etwa 200 mal grösserer Quantität) in buttersauren Kalk (Buttersäuregährung). Er folgert daraus, dass Leben und Vermehrung dieser kleinsten Organismen ohne freien O möglich sei, dass alle Gährung eben die Folge dieses Lebens ohne O sei, und schliesst mit dem Satze: »Dans la théorie, que je viens de présenter .... il y a une proposition capitale: c'est celle de la vie sans air; *vraie, la théorie subsiste; inexacte, la théorie s'écroule*«. (Diesem Satze Pasteur's, dem Leben ohne freien O, auf welchem bekanntlich auch die, als irrthümlich erkannte, von Pasteur aber immer noch festgehaltene, Unterscheidung der Bacterien und Vibrionen als Aërobien und Anaërobien basirt, und welcher die Grundlage seiner heutigen Gährungs- und Fäulnisstheorie bildet, ist in neuerer Zeit von Brefeld, zum Theil auch durch die Resultate Paschutin's, entgegengetreten worden. Ref.)

Colin sieht dennoch mit Poggiale in den angeführten Beobachtungen einen Widerspruch zu der ausgesprochenen Ansicht Pasteur's, dass jede Gährung auf Entwickelung und Vermehrung von Zellen beruhe. Er vergleicht die Gährung in abgelösten, reifen Früchten mit den in Leichen ohne Organismen vor sich gehenden Zersetzungen; in beiden Fällen kämen unzweifelhaft gährungsartige und faulige Umsetzungen zu Stande ohne Zellenvermehrung. Demnach müsse man annehmen, dass hier die Zellen des Thier- und Pflanzenkörpers die Rolle der Hefen und Vibrionen übernehmen, also ihre Vitalität auch nach dem Tode noch eine Zeit lang bewahrten.

[Ref. kann diese Ansicht Colin's, die Uebertragung des Vitalismus auf den todten Thier- und Pflanzenkörper, nicht theilen. Die Vitalität einer Zelle erlischt nothwendig mit dem Tode derselben, resp. des Gesammtorganismus; dagegen ist es sehr wohl zulässig, sich vorzustellen, dass gewisse während des Lebens von der Zelle gebildeten Stoffe, welche die Fähigkeit haben, auf bestimmte, flüssige oder gelöste organische Körper ihrer Umgebung fermentirend zu wirken, diese Eigenschaft auch nach dem Absterben der Zelle bei einer gewissen Temperatur noch beibehalten. Kennen wir doch eine ganze Reihe chemischer, von Zellen herstammender (physiologischer) Fermente, welche ganz unabhängig von dem Lebenszustand der Mutterzellen und getrennt von denselben ihre Wirksamkeit äussern. Die Annahme eines postmortal noch fortdauernden vitalen Actes der Zelle erscheint daher so wenig nothwendig, als überhaupt wahrscheinlich.]

Arn. Hiller (Berlin).

W. His. Ueber die Entdeckung des Lymphsystems.

(His und Braune, Zeitschrift für Anatomie Bd. I. p. 128.)

Die Wiederentdeckung der schon dem Alterthume bekannt gewesenen Milchsaftgefässe geschah 1622 durch Caspar Aselli in Cre-

mona. A. folgte der zu seiner Zeit noch herrschenden Galen'schen Lehre von der Function der Leber, und liess auch seine Gefässe zu derselben treten, indem er die in das »Pancreas Aselli« (das bei Fleischfressern an der Wurzel des Gekröses liegende Lymphdrüsenpaquet) eintretenden Leberlymphgefässe für die zur Leber führenden Fortsetzungen der Chylusgefässe hielt.

1628 wurden die Milchsaftgefässe beim Menschen nachgewiesen, und zwar auf Veranlassung des Rathsherrn Peiresc zu Aix an der Leiche eines hingerichteten Verbrechers.

In der ersten Abbildung der menschlichen Chylus-Gefässe durch Vesling (1641) treten dieselben sämmtlich zum echten Pancreas.

1647 entdeckte Joh. Pecquet aus Dieppe den Milchbrustgang in seiner wahren Bedeutung; der Gang war, von Eustachius entdeckt, für eine Vene erklärt, dem Bewusstsein der späteren wieder ganz entschwunden. Hiermit wird die alte Lehre von der Blutbereitung durch die Leber gestürzt.

Die Entdeckung der eigentlichen Lymphgefässe und ihrer Beziehung zu den Chylusgefässen wird von drei Anatomen: Rudbeck, Bartholinus, Jolyff beansprucht.

Rudbeck ist der erste Entdecker. Ligaturen, um die vermeintlichen Leberchylusgefässe angelegt, zeigten ihm die wahre Richtung der Flüssigkeitsbewegung in denselben. 1656 fand er selbstständig den ductus thoracicus.

Bartholinus lässt 1652 in seiner Schrift über die Chylusgefässe noch den Chylusstrom sich spalten in eine nach der Leber, und eine nach dem ductus thoracicus abfliessende Hälfte. 1653 tritt B. in einer neuen Schrift als völlig selbstständiger Entdecker der Lymphgefässe auf, datirt die Entdeckung vom 28. Februar 1652. In der 2. Auflage datirt B. die Entdeckung auf den December 1651 zurück, nachdem er in der Zwischenzeit Rudbeck's Publication kennen gelernt hatte.

Der Prioritätsstreit zwischen R. und B. ist nach Koller »utrinque inciviliter gesta lis.«

Jolyff ist nach einer beiläufigen Angabe Wharton's vom J. 1656 als erster Entdecker der Lymphgefässe genannt worden — selbst hat J. nichts geschrieben. **Ranke** (Halle).

Winternitz. Die Bedeutung der Hautfunction für die Körpertemperatur und die Wärmeregulation.

(Stricker's med. Jahrbücher 1875. p. 1.)

W. sucht nach einem approximativen ziffermässigen Werth für die quantitative Herabsetzung oder Vermehrung der Wärmeabgabe von der Haut unter den verschiedenen Circulationsverhältnissen. Den Versuchen liegt der Gedanke zu Grunde, die Erwärmung eines dem

Volum nach bestimmten Luftraumes von einer gemessenen Hautfläche in einer bestimmten Zeit zu messen. Das Calorimeter besteht aus einem doppelwandigen, cubischen Kästchen, mit 15 □Ctm. Grundfläche, dessen eine, auf die Haut gesetzte Seite mit einer impermeabeln Membran von feinstem Guttaperchapapier geschlossen ist. Die Versuche wurden theils gleichzeitig an einer symmetrischen, theils nach einander an derselben Hautstelle ausgeführt.

1) Die mechanische Blutverdrängung aus einem Körpertheile vermittelst der Esmarch'schen Einwicklung, 2) eine venöse Stauung vermittelst einer mässig einschnürenden circulären Einwicklung, 3) eine durch starke Hautreize bewirkte seröse Ausschwitzung in der Haut, endlich 4) Abkühlung der Körperoberfläche bewirken eine Verminderung der Wärmeabgabe, welche von wenigen bis 60 Procent betragen kann. Bei negativen thermischen Einwirkungen war dieselbe am beträchtlichsten; bei venöser Stauung grösser als bei der mechanischen Blutverdrängung.

Eine durch mechanische und chemische Reize bewirkte Erweiterung der Hautgefässe kann eine Erhöhung der Wärmeabgabe von der Peripherie bewirken, die von einer Zunahme um wenige Procente bis nahe an 100 % betragen kann. — Aus der ferneren Verwerthung der Versuchsresultate ist zu erwähnen: die erschlossenen Schwankungen des Wärmeverlustes vermögen Schwankungen der Wärmeproduction um das 3fache der normalen Grösse zu compensiren. Sie reichen aus, um die Temperaturconstanz unter den gewöhnlichen Erwärmungs- und Abkühlungsbedingungen zu erklären. Die Verminderung der Wärmeabgabe, also die Wärmeretention nach Wärmeentziehungen, reicht selbst bei gleichbleibender Wärmeproduction aus, die Verluste in kurzer Zeit wieder zu ersetzen. Die Beschränkung des Verlustes allein kann in manchen Fällen eine fieberhafte Temperatursteigerung, eine Steigerung des Verlustes die oft sehr rasche Entfieberung erklären. Die Körpertemperatur könnte nämlich bei Bedingungen der Abgabe in der ganzen Haut wie bei der Esmarch'schen Einwicklung in $2^1/_2$ Stunden (die Fehlerquelle aus der totalen Circulationsaufhebung bei den Versuchen wird bei dieser Berechnung nicht berücksichtigt), bei venöser Stauung in der Haut in $1^1/_2$ Stunden, nach Abkühlung der Oberfläche in weniger als $1^1/_4$ Stunden um 1° zunehmen, in $^3/_4$ Stunden dann bei Erweiterung der peripheren Gefässe um 1° abnehmen. **Ranke** (Halle).

H. Balmer. Hautstörungen bei progressiver Muskelatrophie.

(Arch. d. Heilkunde 1875. 16. Jahrg. Hft. 4. p. 327—343.)

Nach Anführung zweier von Friedreich mitgetheilter Fälle, in denen sich neben progressiver Muskelatrophie an den Händen eigenthümliche atrophische Störungen in Form von Geschwür- und Blasenbildungen etc. zeigten, was F. als eine Combination von progressiver

Muskelatrophie mit Lepra anaesthetica bezeichnet hatte, theilt Verf. einen ähnlichen Fall aus der Leipziger Klinik mit, den er auch für die eben erwähnte Muskelerkrankung combinirt mit auffallenden Hautstörungen glaubt halten zu müssen.

Verf. weist auf die Beziehungen des Sympathicus zu diesen Leiden hin, und wünscht eine genauere Untersuchung derselben. Ueber die weiteren theoretischen Betrachtungen wolle man sich im Original orientiren. **A. Bidder** (Mannheim).

Chouppe. Quelques recherches sur le mode d'action des vomitifs les plus employés.

(Gaz. méd. 1875. No. 3. p. 37. Soc. de Biol. Séance d. 26. Dec. 1874.)

Ch. entfernte bei mehreren Hunden den Magen inclusive der untersten Partie des Oesophagus und der obersten des Duodenums und machte sodann Injectionen von Apomorphin und Emetin. Er erhielt dieselben Resultate wie bei seinen früheren Versuchen, wo er sich auf die Durchschneidung der Vagi beschränkt hatte. Das Apomorphin rief auch jetzt noch lebhafte Brechbewegungen hervor, während das Emetin ohne alle Einwirkung blieb. Der Tartarus stibiatus wirkt, wie bereits Magendie mit Sicherheit nachgewiesen hat, ebenfalls auch nach völliger Entfernung des Magens noch brechenerregend. Ch. hofft diese lediglich auf die Magenschleimhaut localisirte Einwirkung des Emetins zu weiteren Untersuchungen über den Verlauf und die Anastomosen der Vagusendigungen, sowie über deren physiologische Bedeutung verwerthen zu können. — **O. Volkmann** (Kettwig).

O. Heyfelder. Zur Lehre von der Transfusion.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. IV. Hft. 5 u. 6).

cfr. Centralblatt f. Chirurgie 1874. No. 35. p. 553.

Die mit dem Apparate von Roussel ausgeführten Transfusionen theilt H. in 3 Gruppen:

1) 9 mal „Transfusio curativa" an 8 Kranken, bei allen mit glänzendem Erfolg. (1. Anämie in Folge von Psoasabscess. 2. und 3. Transfusion an demselben Individuum, innerhalb weniger Tage bei Empyem und Nephritis parenchymat. 4. Leukämie. 5. 6. Anämie durch Blutungen. 7. 8. 9. Anämie bei Skorbut.)

2) 10 Fälle von „palliativer Transfusion" (10. Anämie durch eine Operation noch gesteigert — geheilt. 11. Inanition durch ein Fibroma retropharyngeale — Verlängerung des Lebens. 12. Anämie bei einem Falle von noch nicht ganz abgelaufenem Typhus. Tod noch an demselben Tage. 13. Anämie durch Knievereiterung. Tod 3 Tage nach der Transfusion. 14. Anämie bei Caries — vorübergehende Besserung. 15. Anämie bei Miliartuberkulose, momentaner Erfolg,

durch eine starke Blutung aus der Operationswunde wieder zerstört. 16. 17. 18. Bei anämischen Geisteskranken. Vorübergehende Besserung der Anämie. 19. Erschöpfung und Anämie nach doppelseitiger Pneumonie bei einem Kinde von 1 Jahr 10 Monaten. Transfusion von 60 Gramm. Tod am Tage nach der Operation. —)

Im Falle 5 wurde der Kranke nach Injection von 100 Grammen ohnmächtig.

In den übrigen Fällen (ausgenommen noch Fall 19) wurden 200—300 Gramm Blut injicirt. Bei den meisten der Fälle ist ein Schüttelfrost notirt; auffallender Weise wurde nicht in einem einzigen Falle Blut oder Eiweiss im Harn gefunden, was H. jedesmal ausdrücklich erwähnt.

Die dritte Gruppe enthält 6 Fälle von „demonstrativer Transfusion“ bei gesunden Individuen. **Gersuny** (Wien).

Graefe und **Saemisch.** Handbuch der gesammten Augenheilkunde.

Leipzig, **W. Engelmann.**

Das Werk wird sieben Bände umfassen, wovon zwei auf Anatomie und Physiologie, fünf auf Pathologie und Therapie entfallen. Man kann jetzt schon, berechtigt durch die Anlage der bisher erschienenen Bruchtheile und durch die Uebersicht der Namen, die die Bearbeitung des für dieses Jahr und den Anfang des nächsten versprochenen Restes übernommen haben, versichert sein, dass der Inhalt der Specialwissenschaft möglichst vollständig erschöpft werden wird. Wie weit Ansprüche auf Vollständigkeit auf Befriedigung rechnen dürfen, ist wohl aus dem Inhalte des bereits erschienenen siebenten Capitels: „Organologie des Auges. Vergleichende Anatomie von R. Leuckart“ zu ersehen, dessen Aufnahme in ein Handbuch der Augenheilkunde gewiss ebenso neu, als allen denen erwünscht ist, die es für keinen Nachtheil halten, den Gegenstand von möglichst vielen Seiten, diesmal vielleicht von einer ganz neuen, beleuchtet zu sehen.

Die übrigen bisher erschienenen Kapitel des anatomisch-physiologischen Theiles enthalten der Reihe nach: I. Makroskopische Anatomie von Fr. Merkel. II. Mikroskopische Anatomie der Cornea, Sklera, Lider und Conjunctiva von Waldeyer. III. Mikroskopische Anatomie des Uvealtractus und der Linse von Iwanoff und Arnold. IV. Mikroskopische Anatomie des Sehnerven, der Netzhaut und des Glaskörpers von Schwalbe. V. Entwicklungsgeschichte und VI. Missbildungen des menschlichen Auges von Manz. VII. Circulations- und Ernährungsverhältnisse von Leber. Die letzten vier Capitel bilden die erste Hälfte des zweiten Bandes, dessen zweite Hälfte — Physiologische Optik von Aubert—, im Laufe dieses Jahres erwar-

tet wird. — Vom pathologisch-therapeutischen Theile liegt vor der dritte Band, enthaltend Cap. I. Functionsprüfungen von Snellen und Landolt und Cap. II. Operationslehre von Arlt, und vom vierten Bande Cap. III. Krankheiten der Conjunctiva, Cornea und Sklera von Saemisch und Cap. IV. Krankheiten der Lider von Michel. Die übrigen Mitarbeiter sind nach der Reihenfolge der von ihnen übernommenen Capitel: v. Wecker, Schmidt, Becker, Leber, Graefe, Nagel, Schirmer, Berlin, Förster, Hirsch (Berlin), der mit der Geschichte der Ophthalmologie das Werk abschliesst, das der Augenarzt künftig für um so unentbehrlicher halten muss, je schwerer mit der Zeit die monographischen Arbeiten zugänglich werden, die in Jahrzehnte umfassenden Zeitschriften zerstreut neben der mündlichen Ueberlieferung vielfach als einzige Quelle gelten konnten. **Fränkel** (Chemnitz).

A. Bidder. Experimentelles über den Mechanismus der Brucheinklemmung und 2 Fälle von Herniotomie mit seltneren Complicationen.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 2.)

B. sucht nachzuweisen, dass unter gewöhnlichen Verhältnissen eine Einklemmung nach der Theorie von Lossen nicht möglich sei. Ist die Bruchpforte eng (ca. 1 Ctm. breit), so kann durch einfachen Druck überhaupt kein Darminhalt in die vorgefallene Schlinge gebracht werden, es gelingt dies nur vermittelst eines dünnen Katheters; die so gefüllte Schlinge lässt sich nicht reponiren, ihr Inhalt nicht entleeren, es entsteht der Roser'sche „Klappen"- Einklemmungsmechanismus. — Ist dagegen die Bruchpforte weit (ca. 2 Ctm.), so wird das zuführende Darmrohr bei schneller Füllung sich allerdings so weit ausdehnen, dass es den abführenden Schenkel verschliesst. Es ist aber selbst bei einer Füllung des ganzen menschlichen Dünndarms mit einer dickbreiigen Masse sehr leicht möglich, den Inhalt durch die zuführende Schlinge wieder in die Bauchhöhle zurückzubringen. Für die Lossen'sche Theorie wäre es noch nöthig, dass sich dann oberhalb des zuführenden Darmrohrs noch eine innere Einklemmung befände. — Auch die Busch'sche Abknickungstheorie hält B. hiernach nicht für richtig, sondern die Einklemmung ist stets auf Compression oder Stenose im Bruchring zurückzuführen. — Hieran knüpft B. die Mittheilung eines Falles, in welchem bei einem linksseitigen Leistenbruche (Mann 26 Jahre) die Einklemmung im Bruchsackhalse sass und eines zweiten Falles, von eingeklemmter Schenkelhernie bei einer 39jährigen Frau. Hier war die Serosa des Darmes zum grossen Theile mit dem Bruchsacke verwachsen. Der Operateur verletzte bei Lösungsversuchen den Darm, so dass B., der eigentlich assistirte, die Operation vollenden musste. Er löste die Adhaesionen, legte vier Darmnähte an, welche er kurz abschnitt und reponirte den Darm. Die Patientin wurde geheilt. **Maas** (Breslau).

E. Albert. Ueber das genu recurvatum.

(Wiener med. Presse 1875. No. 17, 19 und 22.)

A. citirt erst einschlägige Fälle aus der Litteratur. Er bemerkt, dass unter den Begriff „genu recurvatum", wenn darunter verstanden sein soll, dass der Unterschenkel mit dem Femur einen Winkel von mehr als 180° bildet, Zustände verschiedener Art gehören: 1) die angeborenen Luxationen der Tibia auf die Vorderfläche des Femur; 2) jene Fälle, wo nach einem Trauma eine Ankylose im hohlen Winkel sich bildete; 3) das genu recurvatum der paralytischen Kinder, welches auf Erschlaffung, insbesondere der ligg. cruciat., und auf vermindertem Tonus des ganzen Muskelsystems beruht. Bei Tabetikern und erwachsenen Paralytikern bildet sich ein ähnlicher Zustand aus.

A. beschreibt dann 2 Fälle von genu recurvat. Der erste stellt das Präparat eines genu recurvat. congenit. dar, wo beide Unterschenkel mit dem Oberschenkel einen hohlen Winkel bilden, der bis 270° gesteigert werden kann, zugleich mit etwas Abduction und Rotation des Unterschenkels nach aussen; hochgradige Plattfüsse (das nähere Detail siehe im Originalaufsatze). A. stellt sich die Frage, ob hier eine angeborene Luxation oder eine Contractur vorliege, und schliesst aus dem Mangel eines oberen Recessus der Kapsel, der Verbildung der Menisci, der abnormen Lagerung der Gefässe, dass hier eine Contractur, keine Luxation vorliege. Als wichtigste anatomische Veränderung zeigte sich die Verlagerung der Gelenkfläche und die daraus hervorgehende Bewegungsbeschränkung.

Der 2. Fall stellt eine bänderige Ankylose in der Stellung des genu recurvatum dar. — Ein 16jähr., sonst gesundes Mädchen war vor $2^1/_2$ Jahren zufällig am linken Knie angeschossen worden. Gegenwärtig bildete der Unterschenkel der getroffenen Seite mit dem Oberschenkel einen Winkel von 225° und ist in dieser Stellung fast ganz ankylotisch; die Tibia in leichter Abductionsstellung und etwas nach aussen rotirt; Patella beweglich; oberhalb der Patella 2 Narben, eine median, die andere, 2 Quadratzoll gross, lateral, nicht am Knochen fixirt. Pat. war nach der Verletzung mit gestrecktem Beine gelagert worden; 4—5 Tage floss Synovia aus der Wunde; Heilung der letzteren nahezu ohne Eiterung. Erst später traten lebhafte Schmerzen auf. Pat. war 17 Wochen im Bette, ging dann auf Krücken, mit ganz steifem, aber geradem Knie. Vor $^3/_4$ Jahren bemerkte Pat., dass das Knie nach vorn concav ward, was unter periodischen Schmerzen sich immer mehr steigerte.

In wiederholten Sitzungen brachte A., in der Narkose der Pat., den Unterschenkel beträchtlich zurück, und konnte sich überzeugen, dass die Contractur von Veränderungen im Gelenke herstamme. Pat. ging schliesslich mit Unterstützungsapparat, ohne Stock; das active Flectiren blieb ihr versagt.

A. bespricht schliesslich die Therapie, welche als Ziel die Geradestellung der Extremität in einem Apparate, oder, wenn knöcherne Ankylose eingetreten ist, die forcirte Brechung, mit oder ohne subcutane Osteotomie, anzustreben hat. **Fr. Steiner** (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Th. Dreschke. Beitrag zur Casuistik der Lyssa humana.

(Arch. d. Heilkunde 1875. 16. Jahrg. Hft. 4.)

Ein 12jähriger Knabe wurde von einem tollen Hunde so leicht in die Oberlippe gebissen, dass die kleine Risswunde bereits am folgenden Tage verheilt war. Mehr als 2 Monate später stellten sich Schlingbeschwerden und sonstige Erscheinungen der Wasserscheu ein, wobei Pat. sich 2 Tage noch ziemlich wohl befand; erst 8 Stunden vor dem Tode traten maniakalische Erscheinungen auf. Dampfbäder, Morphium nutzten nichts. Die Section ergab besonders Hyperämie des Gehirns und eigenthümliche Erosionen in der Magenschleimhaut.

Verf. hebt die lange Incubationsdauer bei diesem Kranken hervor; ferner die Acuität des Verlaufes und das Fehlen von Lähmungserscheinungen und tonischen Krämpfen. Eigenthümlich war es, dass nur bei Berührung des rechten Nasenloches Schlundkrämpfe sogleich eintraten.

Wie gefährlich kleine Gesichtswunden sind, zeigt auch dieser Fall; denn 2 von demselben Hunde in Oberschenkel und Oberarm gebissene Personen, deren Wunden stark bluteten, blieben gesund. **A. Bidder** (Mannheim).

A. Seeligmüller. Ein Fall von acuter, traumatischer Reizung des Hals-Sympathicus.

(Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankh. 1875. Bd. V. Hft. 3.)

Ein 31jähriger Schmied wurde durch ein mit grosser Gewalt gegen seine linke Supraclaviculargegend geschleudertes eisernes Siederohr zu Boden geworfen und war längere Zeit bewusstlos. Zwei Tage später fand Ref. an ihm alle Zeichen von Reizung des linken Halssympathicus, nämlich: Erweiterung der linken Pupille und Lidspalte und Protrusion des linken Bulbus. Ausser diesen oculopupillären Symptomen zeigten sich auch vasomotorische, jedoch nur in Anfällen, von denen Ref. einen zu beobachten Gelegenheit hatte. Während dieser Anfälle war die linke Gesichtshälfte auffällig blasser als die rechte und zeigte eine Temperaturdifferenz von 0,15° C. (später einmal 0,9° C.). Erst nach circa 6 Wochen waren die oculopupillären Erscheinungen verschwunden und ebenso sind seit dieser Zeit die vasomotorischen Anfälle, deren Pat. selbst im Ganzen etwa 5 beobachtet hat, nicht wiedergekommen. Ref. zieht daraus den Schluss, dass in gewissen Fällen von Sympathicusaffection die vasomotorischen Erscheinungen sich darum der Beobachtung entzogen haben, weil dieselben nur sporadisch und in Anfällen von kurzer Dauer aufgetreten sind.

Seeligmüller (Halle).

J. Weinlechner. Ueber die Fistula colli congenita und Divertikel der Speiseröhre.

(Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien 1875. 28. Mai.)

W. erörtert erst die embryologischen Vorgänge und das Zustandekommen der Fistula colli durch gestörte Schliessung der Kiemenbögen. Die Fistula colli congenita kommt häufig beiderseitig, und, wenn einseitig, häufiger rechts vor. Die weitere Auseinandersetzung bringt nur Bekanntes. — Die Therapie sei ziemlich machtlos gegen diese Fistel. Am besten sei es, dieselben, namentlich wenn sie vollständig

sind, bestehen zu lassen. Von der angeblich wirksamen Jodinjection hat W. dabei keinen Erfolg gesehen. Eher noch lassen die unvollständigen äusseren Fisteln eine gründliche Heilung zu. Für diese Fälle empfiehlt W. die Exstirpation, namentlich, wo durch Heilungsversuche Verschluss der Oeffnung mit Eiterretention entstand. In 2 Fällen hat W. der Länge nach gespalten, den Gang herauspräparirt, und so Heilung erzielt.

Hieran knüpft W. klinische Mittheilungen über 2 von Prof. Klob in einer früheren Sitzung demonstrirte Oesophagus-Divertikel. Zunächst über das in Folge von Syphilis des Rachens entstandene Divertikel. Als die syphilitischen Ulcerationen an der hinteren Rachenwand zu heilen begannen, entstanden immer grössere Schlingbeschwerden, es wurde immer schwieriger, in den Oesophagus zu gelangen, endlich war es ganz unmöglich; Patientin musste per anum ernährt werden. Daraus zieht W. den Schluss, dass das Divertikel nicht — wie Prof. Klob meinte — aus einem Abscess der hinteren Rachenwand hervorgegangen sei, sondern dass, als die halbperiphere Ulceration zur Heilung kam, die Narbe in Gestalt einer sichelförmigen Falte heranwuchs, und bei der stetigen Schrumpfung wie ein Diaphragma über dem Schlundkopf sich bildete, und über ihr die Rachenwand durch die Ingesta zu einem Sacke nach hinten und unten ausgebuchtet wurde.

Der zweite Fall ist eine Divertikelbildung in der Höhe des Ringknorpels. Die Pat. litt schon 13 Jahre an Schlingbeschwerden. Dieselbe gab an, dass das Hinderniss anfangs höher war, und mit der Zeit immer tiefer hinabrückte.

Auf letzteres Symptom und auf die grosse Wandelbarkeit des Erfolges beim Schlingen und Einführen von Bougies, weist W. insbesondere hin. Sie gestatten die Diagnose von Speiseröhrendivertikel nur dann, wenn die Einwirkung eines corrosiven Giftes auszuschliessen ist, denn auch Stricturen zeigen ähnliche Symptome.

Ist die Diagnose „Divertikel" gesichert, so könnte man auch an eine Operation gehen, wie bei der Oesophagotomie und dann das Divertikel entweder abbinden oder abschneiden und eine Naht anlegen.

Auch bei einem 13jährigen Mädchen mit Oesophagus-Divertikel zeigte sich das Symptom des allmäligen Tieferrückens des Hindernisses. Für diesen Fall meint W. wohl auch das Längenwachsthum der Speiseröhre in Betracht ziehen zu müssen.

Prof. Klob glaubt, die Ursache der Abnahme der Beschwerden beim Herabsteigen der Oesophagus-Divertikel liege in dem dadurch bedingten Engerwerden der Eingangsöffnungen derselben. **Fr. Steiner** (Wien).

Pozzi. Recidive de cause interne d'une ancienne affection osseuse.

(Société anatomique, séance du 18. déc. 1874. Progrès médical 1875. No. 14.)

Ein 46jähriger Schlosser hatte vor 8 Tagen nach einer Verdrehung des Kreuzes (tour de reins) heftige Schmerzen in der rechten Hinterbacke bekommen, die in den Oberschenkel ausstrahlten, nicht verschwanden, sondern schlimmer wurden. Vor 32 Jahren hatte Pat. eine schwere Erkrankung des rechten Oberschenkels in der untern Epiphysengegend überstanden. Man fand jetzt eine eingezogene am Knochen adhärente Narbe. Der Knochen zeigte eine beträchtliche Hyperostose. Pat. hatte in den 32 Jahren nie Schmerzen an der früher kranken Stelle gehabt, das rechte Bein war nur etwas weniger kräftig. Seit einigen Wochen hustete Pat. Nachweisbare Veränderungen in den Lungen. Rechtes Knie stark geschwollen, geringer Erguss ins Gelenk, Hauptschwellung in der Epiphysengegend. Bildung eines grossen Abscesses, Oeffnung desselben, die Sonde gelangt auf entblössten Knochen, Drainage. Abundante Eiterung. Schleimigeitriger Auswurf. Verfall. Tod 2 Monate nach Aufnahme ins Hospital. — Section: Frische Miliartuberkulose in den Lungen, in den Spitzen kreidige Knötchen (alte Käseheerde). — Spindelförmige Hyperostose des Femur in grosser Ausdehnung, Knochen elfenbeinhart, kein Markcanal an der afficirten Stelle. In der Abscessgegend Periost abgehoben, circumscripte Ostitis. — P. glaubt, dass die acute Entwicklung der Miliartuberculose die Veranlassung einer Affection an einer schon lange geschwächten Stelle gewesen. —

Verneuil, der P. veranlasst hat, den Fall der anatomischen Gesellschaft

vorzulegen, ist derselben Meinung, da solche Fälle nicht selten, aber zu wenig studirt seien. Er berichtet über andere derartige Fälle: Ein Kutscher hatte vor fünf Jahren eine Affection der bursa trochanterica, war seit 3 Jahren vollständig geheilt, dann fing er an zu husten und der Abscess kam wieder. — Bei einer Frau recidivirte eine seit lange geheilte Affection (lésion) unter dem Einflusse des Puerperiums. — Ein 27jähriger Mann, der vor 20 Jahren einen subperiostalen Abscess an der Tibia gehabt hatte, wurde syphilitisch. An der früher krank gewesenen Tibia rasende Schmerzen, Schwellung, es entstand ein Gumma, welches vereiterte. Die Syphilis hatte sich für ihren Sitz den locus minoris resistentiae gewählt. Man weiss seit langer Zeit, dass syphilitische Veränderungen an den untern Extremitäten bedeutender sind bei Individuen, die an Varicen leiden.

Charcot sagt, dass man in der internen Medicin Analogien findet. Variolapusteln sind sehr zahlreich auf Narben von Blasenpflastern. — Die Gicht befällt oft Gelenke, welche vorher schon eine Disposition zu Erkrankungen zeigten.

Parrot erwähnt, dass man dasselbe bei Neugeborenen sieht: wenn bei denselben die Haut an den Hinterbacken gereizt ist, dann zeigen sich hier zuerst und intensiver die Rötheln. Varicellen hinterlassen oft Spuren auf dem Gesicht, wahrscheinlich, weil die Haut des Gesichts weniger geschützt ist gegen Kälte und alle Reizungen, als die des übrigen Körpers. **Petersen** (Kiel).

Th. Annandale. Clinical remarks on unreduced dislocations.

(Med. tim. and. gaz. 1875. Mai 29. p. 576.)

Demonstration und Operation zweier veralteter Luxationen. A. macht, bei nicht gelingenden späten Reductionsversuchen, Incisionen behufs Feststellung des Repositionshindernisses; lässt sich letzteres nicht anders heben, so folgt die partielle oder totale Resection des Gelenkes. Die Gefahren dieses Vorgehens glaubt A. durch das antiseptische Verfahren aufgehoben (cfr. Annandale, Edinb. méd. journ. 1875. No. 1. pag. 612).

1) Einfache Luxation des rechten Vorderarms nach hinten, vor 4 Monaten durch Fall aquirirt. Beim Versuch, mittelst Cooper'scher Methode zu reponiren, bricht das Olecranon ab. Die spätere Incision von der Hinterseite aus ergab eine alte Fractur des proc. coronoid., Callusbildung mit Verwachsung der Ulna und des Humerus. Resection der Ulna, des Radius, des Olecranon.

2) Luxatio subclavicularis der rechten Schulter, bei einer 62jährigen Frau seit 6 Wochen bestehend. Bedeutende Schmerzen, Verdrängung der Art. axill. Nach vergeblichen Repositionsversuchen Incision am inneren Rande des Deltoideus, Resection des fest mit den Rippen durch fibröse Adhäsionen verbundenen Kopfes. Bei Lösung derselben mit dem Finger wird eine Circumflexa durchrissen; Ligatur war wegen Atherom unmöglich, deshalb Unterbindung der Axillaris ober- und unterhalb des Abgangs des blutenden Gefässes. Zwei Tage später Gangrän des Unterarms, gefolgt von Tod am 3. Tage nach der Operation. **Ranke** (Halle).

Chance. Excision of Knee-joint (London hospital).

(Med. tim. and gaz. 1875. Juni 11. p. 634.)

Bericht über eine von Maunder an einem 8jährigen Mädchen ausgeführte rechtseitige Knieresection, wegen seit 2 Jahren bestehender offener Caries.

Hufeisenschnitt, Entfernung der Patella, Knochennaht des Femur und der Tibia, Gypsverband, keine Naht des Lappens, hydropathischer Umschlag. Operation unter Esmarch'scher Blutleere. **Ranke** (Halle).

Mac Cormac. Cases of Hip-and Knee-joint disease. (St. Thomas' hospital.)

(Med. tim. and gaz. 1875. Juni 12. p. 634.)

M. C. resecirt nur selten bei chronischer Coxitis im Kindesalter. Wie weit er mit der conservativen Therapie geht, zeigt der erste der mitgetheilten Fälle —

betreffend ein Mädchen mit beiderseitiger, aufgebrochener Caries des Hüftgelenks, die Heilung erfolgte in 10 Monaten (permanente Extension). Die 3 Hüftresectionen eignen sich ebenso wenig zum Referate, als die beiden angefügten Knieresectionen.

Ranke (Halle).

Surmay. Hernie étranglée; Gangrène de l'intestin; anus contre nature; guérison.

(Séance de la société de chirurgie 1874. 30. Dec.)

Gelegentlich des Berichtes über einen mit gutem Erfolge angelegten künstlichen After (in Folge einer eingeklemmten, gangränösen Hernie), erhob sich die Frage, ob man den einklemmenden Bruchring erweitern solle, wenn Gangrän des Darmes vorhanden sei.

Tillaux bemerkt hierzu, der Darm sei nun allerdings offen, aber die Kothmassen passiren schwierig durch den künstlichen After, wenn der einklemmende Ring zuvor nicht erweitert wurde. T. ist daher dafür, auch bei Darmgangrän den Bruchring zu erweitern, wie zum Zwecke der Reduction der Hernie, um den Austritt der faeces zu erleichtern.

Lannelongue will die Fälle unterschieden wissen. Zuweilen sei wohl der Austritt der Faecalmassen wegen der Enge der Oeffnung erschwert, doch nicht immer. Und wenn die Oeffnung auch enge wäre, so seien dafür, da fast immer der Dünndarm von Gangrän betroffen ist, die Entleerungen flüssig, und treten darum leicht aus.

Desprès stimmt der Ansicht Tillaux's bei: wenn man den Darm aussen befestigen müsse, so sei es unumgänglich nöthig zuvor zu erweitern. Der erschwerte Austritt der Faecalmassen bestehe nur durch 24 Stunden, dann erfolge er regelmässig, wenn nicht Peritonitis eintritt.

A. Guérin meint, man müsse in dieser Beziehung Inguinal- und Cruralhernien trennen. Bei gangränösen Inguinalhernien sei es schlecht, den Ring zu erweitern, der ziemlich weit sei, die Erweiterung erleichtere daher den Rücktritt des Darmes; bei Cruralhernien könne man unter Umständen die Erweiterung befürworten.

Fr. Steiner (Wien).

Heydenreich. Polype de l'utérus. (Société anatomique, Séance du 18. Dec. 1874.)

(Progrès médical 1875. No. 13.)

Bei einer 49jährigen Frau trat nach einer heftigen Bewegung eine Metrorrhagie ein, die im Hospital verschwand. Man fand nur Metritis mit Fieberbewegungen. Mitte October regelmässige Menstruation. Am 6. Nov. Cauterisation des Cervix mit dem Glüheisen, 14. Nov. regelmässige Menstruation, 17. Nov. Peritonitis, 18. Nov. Tod. Section: Eiterige Peritonitis, Eiter in den Tuben, am äussern Ende der rechten eine mit derselben communicirende Eiterhöhle. Linkes Ovarium atrophisch, am rechten alle Zeichen frischer Schwellung. Am Uterus oben rechts ein nussgrosses, nach aussen vorspringendes Fibrom. Uterus-Wandungen von normaler Dicke, Mucosa geröthet, mit schleimigem Eiter bedeckt. Im Innern vom Fundus ausgehend, ein länglicher, schwärzlicher, weicher stark vascularisirter Schleimpolyp, bis ungefähr 1 Centim. oberhalb des orific. extern. herabreichend (nicht diagnosticirt).

Petersen (Kiel).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 33. Sonnabend, den 14. August. 1875.

Zur Simon'schen Methode der unblutigen Erweiterung der weiblichen Harnröhre.

Von

Dr. P. Bruns,

Privatdocent der Chirurgie in Tübingen.

Die von G. Simon ausgebildete und kürzlich empfohlene Methode der raschen, unblutigen Erweiterung der weiblichen Harnröhre ist als ein neues und sicheres diagnostisches und therapeutisches Hülfsmittel unzweifelhaft von grösster, praktischer Wichtigkeit. — Nachdem mir vor Kurzem bei einem Besuche der Heidelberger Klinik Professor Simon sein Verfahren demonstrirt hatte, fand ich bald darauf Gelegenheit, dasselbe in einem Falle von Fremdkörper-Extraction aus der weiblichen Harnblase anzuwenden und seine Vorzüge kennen zu lernen. Die nachstehende Mittheilung dieser Beobachtung mag daher dazu beitragen, die Simon'schen Erfahrungen zu bestätigen und die verdiente allgemeine Aufnahme des Verfahrens in die Praxis zu fördern. Zugleich bietet vielleicht auch die Beobachtung

noch deshalb einiges Interesse, weil bisher nach den bezüglichen Publikationen aus der Heidelberger Klinik (G. Simon. Sammlung klinischer Vorträge von R. Volkmann. No. 88. — H. Wildt. Arch. für klin. Chirurgie. Bd. XVIII. p. 167) das Verfahren daselbst noch nicht zur Extraction eines Fremdkörpers aus der Blase in Anwendung gekommen ist, bei der es sich gerade besonders vortheilhaft erweist.

Der Fall betraf ein 24jähriges Mädchen, welches seit mehreren Monaten eine Haarnadel in der Harnblase beherbergte. Es war bereits dreimal der Versuch der Extraction mittelst einer Zange missglückt, worauf sich Pat. in die hiesige Klinik aufnehmen liess.

In der Chloroformnarkose wurden nach 2 seichten Einkerbungen des oberen und unteren Randes der Harnröhrenmündung die 7 Nummern der Simon'schen Erweiterungs-Specula der Reihe nach in die Harnröhre eingeführt und letztere hierdurch bis zu einem Durchmesser von 2 Ctm. (= Umfang von 6,3 Ctm.) erweitert. Alsbald konnte der Zeigefinger und neben demselben noch eine dünne Zange in die Blase eingeführt und mit leichter Mühe die Haarnadel ausgezogen werden, trotzdem dieselbe, wahrscheinlich in Folge der früheren Extractionsversuche, stark verbogen war. (Die Länge jedes Schenkels der Haarnadel betrug 7 Ctm.) Die Operation war in wenigen Minuten beendet und von keinerlei Beschwerden gefolgt. Unmittelbar nach der Operation ergab die angestellte Prüfung mittelst Wassereinspritzung in die Blase vollständige Sufficienz des Sphincterschlusses; auch später trat keinen Augenblick Harn-Incontinenz auf. Patientin wurde nach 2 Tagen entlassen.

W. Erb. Ueber Sehnenreflexe bei Gesunden und bei Rückenmarkskranken.

(Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1875. Bd. V. Hft. 3.)

C. Westphal. Ueber einige durch mechanische Einwirkung auf Sehnen und Muskeln hervorgebrachte Bewegungs-Erscheinungen.

Ibidem.

Erb und Westphal haben unabhängig von einander gewisse Bewegungserscheinungen studirt, welche durch mechanische Einwirkung auf Sehnen und Muskeln hervorgebracht werden können. — Die erste dieser Erscheinungen, welche Erb als Sehnenreflex, W. als Unterschenkelphänomen bezeichnet, wird am deutlichsten wahrgenommen an der Sehne des Quadriceps. Klopft man nämlich mit dem Finger oder Percussionshammer kurz und leicht auf das ligamentum patellae während der Unterschenkel der sitzenden Versuchs-Person schlaff herabhängt, so wird dieser durch eine blitzähnliche, offenbar reflectorische Contraction des Quadriceps plötzlich nach vorn geschleudert. Weniger augenfällig kann man dieselbe Erscheinung auch durch



Klopfen oberhalb der patella hervorrufen; an den Sehnen anderer Muskeln, auch solcher der Oberextremitäten, ist dieser Versuch ebenfalls gelungen.

Ein zweites Phänomen wird von Erb als Reflexclonus, von Westphal als Fussphänomen bezeichnet: Macht man, indem man den vorderen Theil des Fusses mit der vollen Hand ergreift, eine plötzliche kräftige Dorsalflexion desselben und hält ihn in dieser Stellung fest, so tritt sofort ein rhythmisches, klonisches, rasches Zucken des Fusses ein — eine Reihe kurzer energischer Plantarflexionen, offenbar durch rhythmische Contraction der Wadenmuskeln, besonders des Soleus hervorgerufen. Diese Zuckungen können durch passive Plantarflexion des ganzen Fusses, nicht (wie Brown-Séquard beobachtet haben will) der grossen Zehe allein sofort sistirt werden.

Der physiologische Grund des Reflexclonus muss der gleiche sein, wie der des Patellarsehnenreflexes; denn bei diesem handelt es sich nur um eine einmalige Contraction von Muskelfasern durch minimales Klopfen auf die Sehnen; bei jenem dagegen um rhythmische Zuckungen, hervorgerufen durch plötzliche Dehnung (resp. Erschütterung) ihrer Sehnen und gleichzeitige Fixirung des Unterschenkels in einer Stellung, in welcher die letzteren gedehnt sind. Wenn wir nun annehmen dürfen, dass durch plötzliche Dehnung der Sehne eines Muskels eine Contraction derselben entsteht (Schiff), so erklärt sich der Reflexclonus einfach aus dem fortwährenden Wechsel zwischen der passiven Dorsalflexion und der durch Contraction der Wadenmuskeln entstehenden Plantarflexion.

Beide Erscheinungen werden zuweilen an demselben Individuum beobachtet, zuweilen nur eine derselben. Sie finden sich auch bei Gesunden, in besonders ausgesprochenem Grade aber bei Kranken und zwar 1. bei solchen mit Compression des Rückenmarks mit oder ohne myelitische Symptome in Folge hochgradiger Kyphose der Wirbelsäule; 2. bei diffuser chronischer Myelitis; 3. bei Ataxie, jedoch nur in solchen Fällen, wo die Degeneration der Hinterstränge sich nicht bis in den untersten Brust- und Lendentheil erstreckt; eine Beobachtung, die vielleicht diagnostisch zu verwerthen ist (Westphal) und 4. bei Hemiplegien und Hemiparesen (Westphal).

Erb macht darauf aufmerksam, dass man vielleicht aus einer bestimmten Verbreitung der Reflexe auf den Sitz einer Erkrankung in bestimmter Höhe des Rückenmarks schliessen könne. Drei von ihm darauf hin genau untersuchte Fälle von Compression des Brust-, resp. Lendentheils bei hochgradiger Kyphose scheinen hierfür zu sprechen. **Seeligmüller** (Halle).

Vajda und **Heymann**. Ueber den Werth einiger organischer Desinfectionsmittel.

(Wiener med. Presse 1875. No. 6, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 19, 21 und 23.)

Die Verff. verglichen die von Kolbe als Conservirungs- und Desinfectionsmittel besprochene Salicylsäure mit der Phenylsäure und

deren Analogon, der Kressylsäure. Die Verff. suchten zuerst den absoluten Desinfectionswerth der genannten Mittel festzustellen. Die verwendeten Lösungen der 3 Mittel waren zweierlei: 1) stärkst concentrirte Lösungen, 2) gleiche Concentrationen. — Als stärkste Concentration für die Carbolsäure wurde 1 : 30 ermittelt, für die Kressylsäure 1 : 70. Von der Salicylsäure wurde als stärkste Concentration die von Thiersch angegebene, genommen, nämlich: 1 Theil Salicylsäure, 3 Theile phosphorsaures Natron und 50 Theile Wasser. — Das Desinfectionssubstrat bildete der blutige Harn, der von einer blennorrhagischen Haematurie herrührte, und sehr leicht ammoniakalisch wurde. Als Grenze des Experiments wurde jedesmal der Punct betrachtet, wo die reichliche Zahl der Pilze eine weitgehende Zersetzung anzeigte. Ueber die Methode der Untersuchung ist im Originalaufsatze nachzusehen.

Aus den Versuchen ging hervor, dass der beschriebene native Urin binnen 24 Stunden seine saure Reaction verliert, während der mit Phenylsäure versetzte Harn seine saure Reaction darüber hinaus behielt. Minder wirksam zeigte sich die Kressylsäure, am intensivsten wirkte die Salicylsäure, welche nach 72 Stunden noch keine Alkalescenz erscheinen liess. Auch ohne Zusatz von phosphorsaurem Natron übertrifft die Salicylsäure die beiden andern in dieser Beziehung.

Bezüglich der Erhaltung der Formelemente zeigt sich die Thiersch'sche Lösung der Salicylsäure auffällig günstig; der Zellenleib der weissen Blutkörperchen zeigte erst nach 96 Stunden die Zeichen des Zerfalles (Mischung 1 : 1); bei der Phenylsäure waren die Formelemente nach 48 Stunden im Zerfall begriffen. Im nativen Urin waren sie schon nach 24 Stunden im Zerfall.

Auch bezüglich der Hemmung der Bildung von pilzlichen Organismen scheint die Salicylsäure obenan zu stehen.

Die Verff. haben nun, um die Grenze zu ermitteln, wie weit man bei einer bestimmten Menge des absolut concentrirten Desinfectionsmittels mit dem Zusatze des gewählten Substrates gehen könne, weitere Versuche gemacht, und sind zu dem Resultate gekommen, dass die Salicylsäure die Grenze ihrer Wirkungskraft in der oben angegebenen Form noch nicht erreicht hat zu einer Zeit, wo die beiden andern Mittel dieselbe längst überschritten haben. Dasselbe Resultat ergab sich bei völlig gleicher Concentration der 3 Mittel. Die weissen Blutkörperchen erhielten unter Einwirkung der Salicylsäure eine schwachbräunliche Färbung, in Folge deren sie ihre Quellbarkeit temporär eingebüsst zu haben scheinen. Die beiden anderen Mittel zeigten nicht diese Einwirkung.

Bezüglich der Einwirkung auf höher organisirte Pilze lehrten die angestellten Versuche, dass alle 3 Mittel eine, wenn auch nicht direct zerstörende, so doch hemmende Wirkung besitzen, doch steht hierin keines dem anderen vor.

Weiter prüften die Verff. das Verhalten der 3 Mittel bei der Resorption im thierischen Organismus und kamen zu dem Schlusse,

dass die Salicylsäure selbst in grösserer Menge die physiologischen Functionen des Organismus nicht wesentlich beeinträchtigt, weder momentan bei grösseren Gaben, noch bei längerem Gebrauche in kleinen Dosen. Die Kressylsäure dagegen wirkt, ähnlich wie die Phenylsäure, giftig, insbesondere durch Reizung des Rückenmarkes, sodann durch Veränderung des Chemismus der Säftemasse.

Als Verbandmittel zeigt die Salicylsäure keine der üblen Nebenwirkungen, wie die Phenylsäure; ebenso fehlen die localen Reactionserscheinungen. Auf die Pilze im Wundsecrete ist die Salicylsäure von zerstörender Wirkung; dieselben verschwinden bald ganz. Auch begünstigt die Salicylsäure die Granulation.

Für offenbar inficirte Wundflächen leistet die Salicylsäure Nichts (wie die Behandlung kleiner Geschwüre damit zeigt); hier ist die Phenyl- und Kressylsäure, die als Aetzmittel wirken, am Platze.

Die Salicylsäure überragt nach Obigem die 2 andern Mittel; 1) dadurch, dass sie die Formelemente conservirt, 2) dass sie direct und indirect ein pilzhemmendes Mittel ist, 3) dass sie selbst in stärkster Concentration keine üblen lokalen Wirkungen zur Folge hat. Hierzu kommt noch, dass Farbe und Geruch der Salicylsäure fast Null, und der Geschmack derselben nicht unangenehm ist.

Die Verff. betonen schliesslich, dass unter den neueren organischen Desinfectionsmitteln die Salicylsäure jedenfalls obenan stehe, und der Versuch, sie auch bei Infectionskrankheiten (Cholera etc.) zu verwenden, empfehlenswerth erscheine. **Fr. Steiner** (Wien).

Julius Müller. Ueber die antiseptische Eigenschaft der Salicylsäure gegenüber der der Carbolsäure.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 19.)

$^1/_{2500}$ Salicylsäure-Verdünnung sistirte auf 24 Stunden die Gährung einer 10% Traubenzuckerlösung, welche mit Presshefe versetzt war; Carbolsäure in derselben Verdünnung nicht. Auf Gerinnung der Milch ist Carbolsäure in so reichlicher Verdünnung, wie Salicylsäure von keinem Einfluss mehr. Urin hielt sich aber bei bestimmtem Carbolzusatz, bei gleicher Quantität Salicylsäure jedoch nicht. Ebenso Leberinfus. Der Spaltung des Amygdalins durch Emulsin wird durch Salicylsäure besser, als durch Carbolsäure entgegengewirkt. Ebenso wird schon durch geringe Salicylquanta die Umwandlung des Glycogens in Zucker gehemmt. (Alle Säuren hemmen nach M. und Ebstein die Umsetzung des Glycogens.)

Ausser Leber- und Speichel-Ferment wird auch das Pepsin, in seiner verdauenden Wirkung beeinträchtigt. — Als Gesammtresultat ist zu erwähnen, dass die Salicylsäure eine die Gährung und Fäulniss bedeutend hemmende Substanz ist und dass sie die Wirkung der sogenannten unorganisirten Fermente ungleich stärker aufhält, als die Carbolsäure. Die Löslichkeitsverhältnisse der Salicylsäure sind: in

Wasser 1 : 300 — Alkohol 1 : 4 — heissem Oel 1 : 50 — heissem Glycerin 1 : 50 (ohne nachfolgende Ausscheidung, die auch nicht eintritt, wenn man 1 Salicylsäure in 20 heissen Glycerins löst und dann 80 Wasser zusetzt).

v. Mosengeil (Bonn).

G. Hohenhausen. Experimenteller Beitrag zur Kenntniss der septischen Pneumonie.

(Inaug.-Diss. Dorpat. 1875.)

Eine Reihe von Experimenten haben dem Verf. gezeigt, dass sich bei Hunden durch wiederholte Einspritzung von 5—10 Tropfen faulender Flüssigkeit, insbesondere sich zersetzenden Blutes in die Bronchien, ausgesprochene lobäre Pneumonie erzeugen lasse.

Gesundes, frisches Blut bewirkt, in die Trachea eingebracht, wie schon andere Autoren gefunden haben, auch nach des Verf. Versuchen *keine* Lungenentzündung; diese tritt aber wohl ein, wenn nach Injection des Blutes das Thier gezwungen wird, durch mehrere Stunden hindurch Fäulnissgase einzuathmen, welche letztere aber *für sich allein* nicht geeignet scheinen, entzündliche Processe des Lungengewebes hervorzurufen. Nur beiläufig erwähnte Experimente mit Einblasen von feinem Meersand in die Bronchien ergaben ein negatives Resultat.

A. Bidder (Mannheim).

Dammann. Versuche über Einführung grösserer Wassermengen in den Darmcanal der Hausthiere.

(Deutsche Zeitschrift f. Thiermed. u. vergl. Pathologie 1875. Bd. I. Hft. 1.)

Forcirte Wasserinjectionen mittelst des *Hegar*'schen Apparates Kautschukschlauch mit hoch erhobenem Glastrichter) in den Mastdarm von Pferden, Schweinen und Hunden in der Chloroformnarkose ergaben das Resultat, dass bei Hunden mit ihrem kürzeren ca. 1 Meter langen Dickdarm das eingegossene Wasser sehr schnell bis in den Dünndarm vordringt, während es bei Schweinen und Pferden mit einem 4 resp. 7 Meter langen Colon die valvula Bauhini nicht überschreitet. Hieraus erklärt Verf., wie es auch beim Menschen mit seinem kurzen Dickdarm möglich sei, sogar in einfacher Rückenlage, durch solche Wassereintrichterung selbst höher hinauf gelegene Darmpartieen ausgiebig zu erweitern, sie event. local zu behandeln, z. B. bei Ruhr, und stagnirende Fäcalmassen flott zu machen.

Arn. Hiller (Berlin).

Simon Fitch. The dome-trocar; its application to ovariotomy, aspiration, and transfusion.

(New York med. Journal Bd. XXI. Hft. 4. p. 379.)

Verf. empfiehlt eine Modification des Doppel-Kanülen-Troikarts (Sp. *Wells*). Das Ende der innern Kanüle ist durch ein abgerun-



detes oder kuppelförmiges Dach überdeckt, welches nur an seiner unteren Seite ein ovales Fenster trägt. Ist die innere Kanüle nur bis zu einem bestimmten Punct vorgeschoben, so kann das Instrument gleich einer Sonde gebraucht und frei in der Höhle bewegt werden, ohne Gefahr ein Eingeweide zu verwunden und ohne dass Flüssigkeit ausfliessen kann. Weiter vorgeschoben dient die Kanüle zum Austritt der Flüssigkeit, ohne dass durch Vorlagerung der Höhlenwand die Oeffnung verlegt werden kann. Neben dem offenbaren Nutzen dieses Instrumentes, welches natürlich in verschiedenster Grösse gearbeitet sein kann, für die Punction der Ovarial- und Hydatidentumoren, für die Paracentese des Abdomens, soll der »Kuppeltroikart« besonders eine Vereinfachung und Sicherstellung der Transfusion ermöglichen, indem man ohne Blosslegung der Vene den Troikart einstechen kann, ohne Lufteintritt befürchten zu müssen.

Madelung (Bonn).

W. Rivington. Aneurysma orbitale.

(British med. Journal 1875. Vol. I. p. 426. Lond. med. chirurg. Soc.)

R. berichtet in der Gesellschaft über einen eigenen Fall von erfolgreicher Carotisligatur bei einem nach Fractura basis cranii entstandenen Orbital-Aneurysma, nachdem vorher vergeblich Injection von Liq. ferr., Digital- und Instrumental-Compression und innerlich Veratrum in Anwendung gezogen war (cf. Centralbl. f. Chir. 1875. No. 26). Hieran schliesst er eine Uebersicht der über die Natur dieses Leidens aufgestellten Ansichten. — Während Travers (1809) und nach ihm Dalrymple das Aneurysma als ein Aneur. per anastomosin in ihren Beobachtungen deuteten, sahen es Busk und eine Reihe anderer Operateure als ein An. der Art. ophthalmica innerhalb der Augenhöhle an. Nachdem Nunnely, gestützt auf 2 Sectionen, die Aufmerksamkeit auf die hinter der Orbita gelegenen Gefässe, Art. carot. int. innerhalb des Sin. cavern. und Art. ophthalm. innerhalb der Schädelhöhle, Bowman auf die Verstopfung des Sin. cavernos., petrosus und transversus gelenkt hatten und Nélaton für einige traumatische Fälle die Communication der Carot. int. mit dem Sin. cavernosus nachgewiesen hatte, war die verschiedenartigste Genese des in Frage stehenden Leidens über jeden Zweifel erhoben. — Mit Bezug auf das Vorkommen berichtet R. als Ausbeute seiner litterarischen Forschungen, dass von den 62 bekannt gewordenen Fällen 29 spontanen, 33 traumatischen Ursprungs waren; von ersteren fanden sich 11 linksseitig, 13 rechtsseitig, von letzteren 22 links, 9 rechts. In therapeutischer Hinsicht räth er: Belladonna, Digitalis, Veratrum und Eis zu versuchen, die schmerzhafte und wegen des Druckes auf die Nervenstämme am Halse nicht gleichgültige Instrumental-Compression, wie auch die Galvanopunctur zu verlassen, die Injection coagulirender Flüssigkeiten nur beim Aneur. art.-venosum, dagegen

die Digitalcompression der Carot. com. jedenfalls zu versuchen. Das sicherste Mittel bleibe die Ligatur der Carotis communis, sei aber nicht in erster Instanz zu machen, sondern erst nach Erfolglosigkeit der anderen angerathenen Massnahmen. **Pilz** (Stettin).

S. Lindner. Neue Operationsmethode der Distichiasis.

(Allgem. Wiener med. Zeitung 1875. No. 26.)

In 3 Fällen von Distichiasis, theilweise mit narbiger Schrumpfung der Conjunctiva palpebrarum, bei welchen die anomalen Cilien aus dem inneren, scharf markirten Lidrande hervorwuchsen, hat Verf. folgendermassen mit momentanem Erfolg operirt: Schnitt längs des Lidrandes bis auf den Tarsus, die Conjunctiva palpebrarum wird nach einwärts $1^1/_2$ Linien weit abpräparirt, dann der die pathologischen Haarbälge tragende Rand des Tarsus schief von hinten und oben nach vorn und unten resecirt. Die zurück präparirte Conjunctiva wird dann mit dem vorderen Rand des ursprünglichen Schnittes durch Naht vereinigt.

Winiwarter (Wien).

S. Duplay. De la périostite du temporal compliquant l'otite purulente.

(Arch. générales de med. 1875. No. 5.)

Bei eitrigen Entzündungen in der Paukenhöhle sieht man häufig als Complication eine Schwellung, Röthung und Schmerzhaftigkeit, besonders an der hintern Ohrgegend eintreten, welche den Verdacht auf Vereiterung der Cellulae mastoïdeae lenken können.

Es handelt sich aber manchmal einfach um eine secundäre Periostitis des Schläfenbeins durch Fortpflanzung des entzündlichen Processes vom Periost des Cavum tympani auf dasjenige der Aussen-Fläche des os temporale.

Diese Periostitis tritt mit mehr oder weniger heftigen allgemeinen und localen Erscheinungen auf; selten geht sie von selbst zurück, meist zeigt sich Eiterung, die sich selbst überlassen entweder spontan nach aussen oder in den Gehörgang hinein sich entleert. Ist einmal dem Eiter Abfluss geschafft worden, so geht die Heilung ziemlich rasch von statten innerhalb 20—30 Tagen. Einigemal sah D. den Process eine grosse Ausdehnung bekommen und auf die Gesichtsknochen übergehen.

Das Hauptinteresse dieses Zustandes liegt in der Möglichkeit einer Verwechslung mit der Entzündung der Cellulae mastoïdeae. Insofern ist derselbe bis jetzt nur zu wenig beachtet worden, und hat man wahrscheinlich mehr als eine unmotivirte Trepanation des

Warzenfortsatzes vorgenommen. Ein Hauptmerkmal bei der Differential-Diagnose liegt darin, dass bei der Periostitis die Röthe und Schwellung nicht localisirt ist, sondern über die Grenzen des Warzenfortsatzes meist hinausgeht. Die Ohrmuschel scheint abgehoben zu sein; der Schmerz ist lebhafter; die Wandungen des äusseren Gehörgangs sind überall gleichmässig geschwollen, während die Schwellung bei dem anderen Zustand nicht selten gering ist und auf die hintere Wand localisirt erscheint.

Hauptsächlich fehlen Gehirnerscheinungen. Verf. giebt jedoch zu, dass es Fälle geben kann, wo die Diagnose sehr schwierig oder unmöglich zu stellen ist.

Die Prognose ist günstig; selten bleiben durch necrotische Knochentheile unterhaltene Fisteln.

Die Behandlung kann bei geringen Erscheinungen eine antiphlogistische sein; jedoch räth Verf. frühzeitig einen Einschnitt bis auf den Knochen zu machen.

Man soll nicht warten bis Eiterung vorhanden ist. Auf den Schnitt schwinden rasch alle Symptome. Sollten sie jedoch nach 24 Stunden nicht weichen, so ist es dann sicher, dass man es mit einer Vereiterung der Cellulae mastoïdeae zu thun hat und jetzt kann man die Eröffnung derselben ruhig ausführen. Aber überall, wo man seiner Diagnose nicht vollständig sicher ist, soll man sich vorläufig mit dem Schnitt begnügen.

Verf. hebt übrigens hervor, dass diese Vorsichtsmassregeln schon von Wilde empfohlen wurden und meint, dass, wenn man sie stets befolgte, viele Trepanationen hätten unterbleiben können.

Girard (Bern).

Desprès. Kyste hydatique du foie. — Cautère et ponction. Guérison.

(Gaz. des hôpitaux 1875. No. 60.)

D. zerstörte vor Punction der Cyste die Bauchdecken durch Wiener Aetzpaste. Er will hierdurch den Ausfluss von Cysteninhalt in die Peritonealhöhle nicht nur bei der Punction, sondern auch bei einer eventuell später erforderlichen Incision möglichst verhüten. Geschieht dies nicht und tritt, wie in nicht seltenen Fällen, schon nach der einfachen Punction plötzlich Verjauchung in der Cyste ein, so kann man gezwungen sein, die Incision vorzunehmen, noch ehe sich solide Adhäsionen gebildet haben. Ebenso hat dies Verfahren den Vortheil, dass es, falls die Punction zur Heilung nicht genügt, die Incision vorbereitet, während, wenn es unnöthig sein sollte, die Pat. von der unbedeutenden Verwundung in keinem Falle Schaden haben können.

In dem mitgetheilten Falle wurde Pat., eine 27jährige Näherin, durch einmalige Punction geheilt. Die Durchätzung der Bauchdecken dauerte 10 Wochen.

Uebrigens muss man sich hüten, die Aetzung so lange fortzusetzen, bis die Cyste eröffnet oder Entzündung in der Cyste eingetreten ist, da sonst natürlich sofort auf die Incision recurrirt werden müsste.

Schädel (Berlin).

Dobson. Lithotomie zum zweiten Male glücklich ausgeführt.

(The Lancet 1875. Vol. I. p. 610.)

Im Juli 1872 wurde ein 3jähr. Pat., der seit seiner Geburt Beschwerden und später immer Schmerzen beim Urinlassen gehabt haben soll, in demselben Zustande mit prolapsus recti und allen Symptomen eines Blasensteins ins Bristoler allgemeine Hospital aufgenommen. Durch Seitensteinschnitt wurde ein 83 Gran schwerer, aus Harnsäure bestehender glatter Stein in toto entfernt, ein zweiter Stein konnte nicht gefühlt werden. Nach 4 Wochen verliess das sichtlich gekräftigte Kind das Krankenhaus. — Nach $2^1/_2$ Jahren musste bei demselben Kinde wegen eines neuen sehr grossen Steines, welcher die heftigsten Beschwerden verursachte und die Gesundheit untergraben hatte, von D. die zweite Operation gemacht werden; der entfernte Harnsäurestein wog 326 Gran, die Heilung ging schnell von Statten, Pat. erholte sich sichtlich. Interessant ist der Fall nicht nur wegen der zweimal glücklichen Operation an demselben Individuum, sondern auch wegen des Nachweises, dass innerhalb $2^1/_2$ Jahren sich ein so grosser Stein bilden kann. — Unter den im Norfolk und Norwich Hospitale operirten 1015 Steinkranken bildete sich nur in 27 Fällen, darunter bei 3 Kranken unter 6 Jahren, ein Stein wieder; der grösste dort entfernte Stein bei einem Kinde unter 6 Jahren wog 210 Gran.

Pilz (Stettin).

F. Hartmann, Der acute und chronische Gelenkrheumatismus.

Erlangen, Verlag von F. Enke, 1874. p. 212 nebst XI Tafeln.

Auf Grund zahlreicher casuistischer Beobachtungen stellte Verf. mit Zuhülfenahme der einschlägigen Litteratur das betreffende Werk zusammen. Die erste Hälfte des Buches ist dem acuten, die zweite dem chronischen Gelenkrheumatismus gewidmet. — Die pathologisch-anatomischen Verhältnisse des acuten werden an 6 Obductionsfällen erläutert. In einem der Fälle trat der Tod am 5. Tage der Erkrankung (ohne nachweisbare Ursache) ein, im zweiten am 32. nach complicirender Peritonitis, in zweien in Folge von Pericarditis, in je einem bedingt durch Marasmus und Klappenfehler. Aus den hierbei gewonnenen Befunden leitet Verf. den Satz her, dass der acute Gelenkrheumatismus in seinem anatomischen Bild eine acute Entzündung der Synovialmembran, resp. aller Synovialmembranen sei, analog derselben Erkrankung der Schleimhäute; auch könne der weitere Verlauf dieser Erkrankungen bei Synovialis und Mucosa ein gleicher

sein. — Die Symptomatologie wird durch 4 Fälle von verschiedener Intensität illustrirt, wie überhaupt die ganze Monographie durch eine ausgiebige Verwerthung der aus dem Krankenjournal gezogenen Daten eine lebhafte Färbung erhält. Verf. geht danach die Anatomie der verschiedenen Gelenke durch. Es folgen kurze Schilderungen der complicirenden Erkrankungen von mehr oder minder typischer Häufigkeit. Für die beim acuten Gelenkrheumatismus auftretenden auscultatorischen Geräusche am Herzen stellt Verf. die Erklärung als Hypothese auf, dass Congestivzustände des Endocardium eine Functionsstörung der Klappen und Papillarmuskeln veranlassten. Im vierten Theil etwa aller Fälle seien Complicationen durch Herzaffection gefunden. — Ueber Verlauf, Dauer und Ausgänge des acuten Gelenkrheumatismus ist nichts Neues gesagt. — Im Capitel über Aetiologie wird eigentlich nur die Erkältung als Ursache hervorgehoben. Geographische und klimatische Verbreitung werden nach Hirsch abgehandelt. Kurze Erwähnung finden die durch erbliche Anlage, Geschlecht, Alter, Beschäftigung etc. bedingten Momente. — Im Capitel über Therapie giebt H. der symptomatischen Behandlung den Vorzug: Mässigung des Fiebers und Linderung der Schmerzen. Kälte scheint er besonders gern als Anästheticum anzuwenden; Immobilisirung im Contentivverband scheint ihm unbekannt. Die sonst üblichen äusserlichen und innerlichen Behandlungsmethoden werden kurz ausgeführt, ohne weitere kritische Beleuchtung. —

Vom chronischen Gelenkrheumatismus sagt H. zuvörderst aus, dass dieser Art Gelenkentzündung eine rheumatische Ursache zu Grunde liegen müsse, dass hier mehr der Character der Organisation und Neubildung, beim acuten derjenige der Destruction auftrete. Auch bei der chronischen Form soll zunächst die Synovialis betheiligt sein, hierauf Sehnenscheiden, Muskelansätze, Knorpel und Gelenkknochen. Auf den Grad der pathologischen Veränderung der Gelenke soll weniger die Dauer der Entzündung, als die öftere Wiederholung von Einfluss sein. Fälle von langem Bestand ohne besondere Intensität der Erkrankung werden als Beweis angeführt. Bei Schilderung der bekannten Veränderungen an den Knochen erwähnt Verf., dass die Pfannen der Gelenke besonders dann Umgestaltungen erfahren, wenn ein Abgleiten der Gelenkenden möglich ist. Von der Pfanne des Hüftgelenkes sagt er, dass sie sich besonders nach oben und hinten erweitere, der Kopf nachsteige (wohl richtiger: die Pfanne vor sich hertreibe) und die Pfanne sich selbst in die Beckenhöhle hineinschiebe, hier auf der Innenseite eine Vorwölbung bildend. Beispiele, welche auf rheumatischer und traumatischer Basis beruhende Affectionen der verschiedensten Gelenke zeigen, sind angeschlossen.

Unter den ätiologischen Momenten wird hier zunächst der acute Gelenkrheumatismus angeführt; für die von vornherein chronisch verlaufenden Fälle andauernde Einwirkung einer kalt-feuchten Atmosphäre (Wäscherinnen, Forstleute, Schiffer, Taglöhner etc.). Hinsichtlich des Geschlechts ist zu erwähnen, dass mehr Männer befallen

werden, hinsichtlich des Alters, dass selbst das Kindesalter nicht verschont bleibt, der Beginn der Erkrankung aber meist im Alter zwischen 30 und 40 Jahren liegt. Im Capitel über Symptomatologie und Verlauf des chronischen Gelenkrheumatismus sind prägnante Beispiele und anschauliche Schilderungen verschiedener typisch verlaufender Fälle gegeben. Am Schluss dieser Abtheilung macht Verf. auf kleine, auch vom Ref. mehrmals beobachtete, rundliche Anschwellungen in der Nähe der Gelenke aufmerksam. Sie sind bei Druck schmerzhaft, rühren von Exsudaten in das Unterhautzellgewebe her, wölben die Haut etwas hervor, treten mit subacuten Anfällen auf und verschwinden mit ihnen. — Im Capitel über Diagnose wird die Differentialdiagnose zwischen chronischem Gelenkrheumatismus und Gicht, Gelenkneurosen (sehr characteristisch geschildert), und ähnliche Symptome vortäuschenden Rückenmarksleiden gegeben. Hinsichtlich der Prognose ist Verf. noch besonders günstigen Urtheils, indem er sagt, dass der chronische Gelenkrheumatismus im Allgemeinen zwar bis an das Ende des Lebens mit herumgetragen werde, aber unter ausnahmsweise günstigen Bedingungen Heilung eintrete.

Bei der Therapie führt H. unter den prophylactischen Mitteln das Abhärten durch Kaltwasserbehandlung an, welcher er aber, und wohl mit Recht, keinen grossen Nutzen zutraut, mehr schon den kalten Douchen nach römisch-irischen Bädern. Seebäder, deren Gebrauch er nach vorausgegangenem Gebrauch verweichlichender, warmer Bäder empfiehlt, sowie eine zahlreiche Menge innerlich und äusserlich anzuwendender medicamentöser Mittel, aber auch mechanische Massnahmen (bei Beginn der Schwellung nach vorausgegangenem acuten Anfall Compressivverbände und bei starken Ergüssen Entleerung durch Aspiration) werden angeführt. Der Electricität als Resorbens wird Lob gespendet (sowohl dem galvanischen, als dem inducirten Strom). Auch die Massage wird berührt und schliesslich in ausgedehnter Weise der Nutzen der Bäder, besonders der Wiesbadener hervorgehoben, der mehr auf ihrer allgemeinen, als auf ihrer localen Wirkung beruhe. In diesem Abschnitte sind mehrfach interessante Bemerkungen enthalten, hinsichtlich deren auf das Original zu verweisen ist. — Eine chromolithographische Tafel, das Obductionsbild eines an acutem Gelenkrheumatismus erkrankten Fussgelenkes darstellend und schwarze Lithographien von durch chronischen Gelenkrheumatismus verkrüppelten Händen sind beigegeben.

v. Mosengeil (Bonn).

Gussenbauer. Die Methoden der künstlichen Knochentrennung und ihre Verwendung in der Orthopaedie.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 1 u. 2.)

Eine sorgfältige historische Uebersicht und kritische Sichtung der bei der künstlichen Knochentrennung in Frage kommenden Me-

thoden, auf welche in einer zweiten Hälfte die in der Billroth'schen Klinik während eines Zeitraums von 5 Jahren mit der Operation gemachten Erfahrungen folgen.

Da die zahlreichen historischen Daten eines Auszugs kaum fähig sind, muss sich Ref. bescheiden, das aus denselben entwickelte Schema der einzelnen Verfahrungsweisen kurz wiederzugeben.

I. Methoden der künstlichen Knochentrennung ohne Hautverletzung.

1) Der künstliche Knochenbruch durch Ueberwindung der relativen Knochenfestigkeit,
   a. Nach dem Princip des zweiarmigen Hebels
      α) ohne Instrumente durch blossen Händedruck
      β) mit Instrumenten (Osteoklasten von Purmann, Boschi, Oesterlen und Rizzoli
   b. nach dem Princip des einarmigen Hebels
      α) ohne Instrumente
      β) mit Instrumenten (Einspannen der Stelle, welche zerbrochen werden soll, in den Schraubstock; Esmarch's und Volkmann's Instrumente)
2) Der künstliche Knochenbruch mit Ueberwindung der absoluten Knochenfestigkeit,
      α) ohne Instrumente (Extensionsmethode mit der Hand)
      β) mit Instrumenten (z. B. Schneider-Mennel)

II. Methoden mit Verletzung der Haut.

1) Knochenbruch mittelst partieller oder totaler Continuitätsresection (Mayer's partielle Durchsägungen, Rhea Barton's u. A. keilförmige Resectionen)
2) mittelst der Osteotomie. Langenbeck's subcutane Osteotomie, Brainard's Perforationsmethode, Meisseloperationen von Billroth, von Nussbaum u. A.)

Von schlecht geheilten Knochenbrüchen wurden ein Oberschenkel mit dem Mennel-Schneider'schen Apparate, ein Unterschenkel nach 4 Jahren mit dem Instrumente von Rizzoli, ein Oberschenkel bei einem 10jährigen Knaben mit der Hand wiedergebrochen und mit guter Gebrauchsfähigkeit geheilt. — Bei rachitischen Verkrümmungen macht Billroth bei noch in gewissem Grade biegsamen Knochen die gewaltsame Streckung in der Narkose mit nachfolgendem Gypsverbande, oder er bricht bei nicht mehr biegsamen Knochen die Knochen mit der Hand und legt einen Gypsverband an oder, wo auch dies nicht gelingt, macht er die subcutane Osteotomie mit dem Meissel und nachfolgender Infraction. Die Methoden sind von G. durch Krankengeschichten erläutert. — Drittens macht Billroth die subcutane Osteotomie bei Winkelstellungen des Knie-

und Hüftgelenks, Fälle, für welche A. Mayer die Osteotomia cuneiformis empfahl, und auch R. Volkmann unter dem Namen der Osteotomia subtrochanterica ein keilförmiges Stück mit dem Meissel subperiostal entfernte. Schliesslich erwähnt G. noch 2 Fälle, in denen die künstliche Knochentrennung ebenfalls vermittelst partieller Continuitaetsresection vorgenommen wurde. — **Maas** (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

Clementi. Geschichte eines seltenen Falles von Anheftung eines Blutegels an die Wandungen der Glottis.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 1. p. 194 ff.)

Der Blutegel, eine H. sanguisorba, welche sich von der medicinalis durch grössere Haftbarkeit unterscheiden soll, sass, wie die laryngoskopische Untersuchung zeigte, bei einer 58jährigen Frau mit seiner kleineren Mundsaugscheibe am oberen Rande des rechten Giessbeckenknorpels, während der Körper durch die Glottis in den hintern Abschnitt der Trachea hineinragte. Er verursachte periodische Suffocationsanfälle und eine mehr oder weniger erhebliche Stimmlosigkeit, und war wahrscheinlich beim Trinken in die Trachea gelangt.

Seine Entfernung konnte erst am 15. Tage mittelst einer vom Munde aus eingeführten, scharfgezähnten Zange effectuirt werden. **Wilh. Koch** (Berlin).

Sydney Jones. Gastrotomie wegen Oesophagusstrictur.

(Lancet 1875. Vol. I. p. 678.)

Ein 67jähriger Mann hat seit 10 Monaten Beschwerden beim Schlucken und kann seit 6 Wochen nichts Festes mehr schlingen. Die Sonde lässt sich über den Anfangstheil der Speiseröhre nicht hinunterführen; hinter dem Sternalende der Clavicula ist ein harter Tumor fühlbar. Gastrotomie, Schnitt 1″ unter dem Rippenknorpel beginnend, 3 Zoll lang, trifft den äussersten Rand des linken Musc. rect. Die Ernährung erfolgt am 2. Tage durch die Magenwunde; Entzündung um dieselbe und Flatulenz stören den Verlauf, die Nahrung wird vorzugsweise durch Mund und After gereicht. Am 3. Tage findet sich etwas Blut im Auswurfe, reichliche Blutung durch den Mund, Blutcoagula lagen an der Magenfistel; die Schleimabsonderung in den Bronchien wird ernstlicher, die Expectoration schwächer: am 40. Tage nach der Operation erfolgte der Tod.

Section: Carcinom des Pharynx, am unteren Rande der cart. cricoid. beginnend und den linken Schilddrüsenlappen involvirend; viel Schleim in den Lungen; die Magenwände in fester Vereinigung mit der Bauchwand.

Pils (Stettin).

Binteln. Mittheilungen aus der Praxis.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 21.)

I. Heilung von Kothbrechen durch Abgang eines invaginirten Darmstückes. Eine 60jährige Pat. litt lange an Diarrhoe, danach an kolikartigen Schmerzen und hartnäckigster Stuhlverstopfung mit Erbrechen, das nach einigen Tagen Koth per os zu Tage förderte; dabei starker Meteorismus. Am 25. Tage waren 5—6 Stuhlentleerungen erfolgt, in denen ein 10 Ctm. langes Dünndarmstück von schwärzlich brandigem Aussehen enthalten war. Heilung.

II. Gangraena senilis am Fuss (Obturation der art. tib. ant.), Abstossen brandiger Zehen, Schmerz nur durch Morph. und die ständige Applikation des Eisbeutels auf den Fuss zu beseitigen. Heilung.

III. Lungenvorfall durch eine Brustwunde. Heilung. Messerstich in den neunten linken Intercostalraum bei einem 10jährigen Mädchen. Vorfall und Einklemmung einer Partie der Lunge. Diese Partie, schon sehr insultirt, umgab R. mit einer Ligatur, welche täglich fester gezogen wurde. Abstossung am 8. Tage. Spontane Heilung. **v. Mosengeil** (Bonn).

Reisland. Ein Fall von Bleikolik, behandelt mit Eingiessen grosser Wassermengen in den Darm.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 21.)

Bei einem Töpfer, welcher zum Glasiren sich des Bleiglanzes (Schwefelbleies) bedient, waren Symptome einer Bleivergiftung eingetreten. Dabei hochgradige Obstipation und Erbrechen. Drastica wurden mit ausgebrochen. Schliesslich durch öfter wiederholtes Eingiessen von 3—$4^1/_2$ Liter lauen Wassers in den Mastdarm bei Knieellenbogenlage (nach Hegar) wurden die Schmerzen und die Obstipation beseitigt. **v. Mosengeil** (Bonn).

Th. Keith. Drei glückliche Entfernungen fibro-cystischer Tumoren des Uterus.

(Lancet 1875. Vol. I. p. 676.)

Bei Uterus-Geschwülsten, die K. speciell in grösserer Zahl unter die Hände gekommen sind, hatte er bisher von operativer Entfernung — sofern sie nicht intrauterin gelegen durch die Vagina erreichbar waren — Abstand genommen, weil ihm die damit verbundenen Gefahren zu gross erschienen. Jetzt hat er in drei Fällen, von denen zwei ausführlich mitgetheilt werden und von denen der erstere durch falsche Diagnose zur Operation kam (das erste Mal bei seinen 194 Ovariotomieen), glücklich die Exstirpation ausgeführt und hofft, dass auch auf diesem Gebiete die Chirurgie weitere Triumphe feiern werde. Die Fälle sind kurz folgende:

Ein 52jähriges Fräulein bemerkte eine Geschwulst im Leibe, die schnell bis zur Höhe des Nabels emporstieg und nun deutlich das Vorhandensein einer Cyste erkennen liess; da der Tumor schnell bis zur Höhe der Rippen anwuchs, wurde am 2. Nov. 1874 in der linea alba der Bauchschnitt gemacht und nach geschehener Punction der Tumor aus dem Abdomen herausgehoben; mit ihm erschien das hühnereigrosse linke Ovarium und der in die Geschwulstmasse hineingezogene Uterus. Da an dem auf Armdicke vergrösserten Gebärmutterhalse keine Klammer anzulegen möglich war, so wurde im unteren Theile desselben nach Umlegen eines starken Eisendraths die Geschwulst abgetrennt, die Uteruswunde genau vereinigt und der so erhaltene Stumpf im unteren Winkel der vereinigten Bauchwunde fixirt. Die entfernte Geschwulst wog 11 Pfund; der Uterus enthielt in seiner Höhle einen kleinen Polypen. Am 36. Tage konnte Pat. in ihre Heimat geheilt entlassen werden.

Der zweite Fall, welcher grössere Schwierigkeiten für die Operation darbot, betraf eine 44jährige Person; der cystische Tumor erfüllte das grosse Becken, reichte bis zum Nabel, war unbeweglich; der cervix uteri, kaum abzureichen, schien in die Geschwulst überzugehen. Da innerhalb von 2 Monaten ein bedeutendes Wachsthum statt hatte, die rechte Lendengegend stark vorgetrieben wurde, so machte K. die Punction im Nabel; dieselbe entleerte rothbraune Flüssigkeit; ihr folgte Entzündung der Cyste und starke Zunahme des bestehenden Ascites. Obwohl unter diesen Verhältnissen ein operativer Eingriff wenig Chancen hatte, so wurde auf weiteres Drängen dieser Weg versuchsweise betreten. Nach Einschnitt in der linea alba erschien ein dunkelbrauner von starken Venengeflechten umsponnener Tumor, der in der rechten Lenden- und Darmbeingegend mit dem grössten Theile der vorderen Bauchwand feste Verwachsungen eingegangen war. Mit einem gewissen Kraftauf-

wande gelang eine schnelle Lösung derselben; der Tumor wurde durch die erweiterte Bauchwunde schnell herausbefördert und am collum uteri wie im ersten Falle abgetrennt; dennoch erfolgte durch heftige Blutung ausserordentliche Erschöpfung. Sehr mühsam war die Blutstillung besonders am hinteren Leberrande, und während die Operation selbst nur wenige Minuten gedauert hatte, konnte die Bauchwunde erst nach 2 Stunden geschlossen werden. Die Pat. war pulslos, erst nach $^1/_2$ Stunde der Radialpuls deutlich; in der 2. und 3. Woche erfolgte erschwerter Stuhlgang. 6 Wochen nach der Operation reiste Pat. nach Hause; ein späterer Bericht meldet »volle Gesundheit«.

Im 3. Falle wuchs bei einer 40jährigen Pat. eine fibro-cystischer Tumor des Uterus sehr schnell; es wurden ausser dem Uterus beide Ovarien entfernt; auch hier erfolgte Genesung; ein ausführlicher Bericht über diesen Fall wird versprochen.

Pilz (Stettin).

v. Fillenbaum. Mittheilungen aus der chirurgischen Abtheilung des k. k. Garnisonsspitals No. 2. in Wien.

(Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 17 und 18.)

I. Zwei Fälle von Seitensteinschnitt. Bei einem 18jähr. Soldaten fand sich in der contrahirten Blase ein Concrement. Dasselbe war schon beim Patienten, als er ein 6jähr. Knabe war, nachweisbar gewesen, in seinem 12. Jahre nicht mehr aufgefunden worden und hatte im Verlauf seiner Militärdienstzeit während eines Jahres nach jedem Reiten Bluthamen und Beschwerden veranlasst. Lithotriptische Versuche misslangen. Durch Seitensteinschnitt zwei Steine (20 und $13^1/_2$ Gr.) entfernt, welche den Uretherenöffnungen gegenüber lagen und an zwei denselben entsprechenden Puncten warzenförmige Hervorragungen zeigten; harnsaure Kerne von Phosphaten schaalig umlagert; Heilung. — Ein anderer Pat. datirt seine Beschwerden auch aus der Kindheit. Nur in gekrümmter Stellung hockend konnte er unter Schmerzen uriniren; Harnstrahl oft unterbrochen, Fahren höchst beschwerlich. Während seiner Militärzeit Steigerung der Beschwerden, Urin stets bluthaltig. Durch Seitensteinschnitt wird ein Concrement mit Phosphatkern von Harnsäureschichten umgeben und von beträchtlicher Härte entleert. Heilung.

II. Stichwunde am Oberschenkel. Ligatur der Art. cruralis in inguine. Ein Thierarzneischüler stach sich mit einem Präparirmesser in die Innenseite des linken Oberschenkels. Eine starke arterielle Blutung durch Naht und Compressivverband für 8 Tage gestillt; darnach neue erschöpfende Blutungen. Unter Esmarch'scher Einwicklung Unterbindung zweier Muskelarterien in der erweiterten Wunde. Nach einigen Tagen neue Hämorrhagien, Unterbindung der art. cruralis in inguine durch Catgut. Aus der Unterbindungswunde nach 4 Wochen neue Blutung, nachdem die Granulationen daselbst zerfallen. Kälte sistirte sie. Heilung.

III. Exstirpation einer Gelenkmaus. Ein Jäger litt an einer Kniegelenkmaus mit allen bezüglichen Beschwerden. Die Entstehung datirt er nicht von einem heftigen Trauma, sondern von wiederholtem Knieen. Der freie Körper liess sich auch bei starker Gelenkbeugung immer leicht zum Vorschein bringen. Excision unter Esmarch'scher Einwicklung, nach deren Entfernung zwischen den Nähten hervor starke Blutung eintrat, die durch Compressivverband gestillt wurde. Die Structur des ziemlich grossen, flachen, metallisch glänzenden Gelenkkörpers ist die des Knorpels, umgeben von einer bindegewebigen Partie. Die reihenweise geordneten Knorpelzellen waren an der Peripherie transversal, in der Tiefe vertical geordnet. Heilung erfolgte durch Eiterung, doch blieb das Gelenk beweglich. —

v. Mosengeil (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 34. **Sonnabend, den 21. August.** **1875.**

F. König. Lehrbuch der speciellen Chirurgie für Aerzte und Studirende. Erster Band.

Berlin 1875. **August Hirschwald.**

Der vorliegende erste Band der speciellen Chirurgie, mit zahlreichen Abbildungen, erreicht in vollkommener Weise das Ziel, welches sich der Verf. in der Vorrede gesteckt hat. Vollständig sind neben der eigentlich chirurgischen Litteratur die Gebiete der Physiologie, der normalen und pathologischen Anatomie, der experimentellen Pathologie durchforscht und mit scharfer Kritik das Wissenswerthe herausgenommen und zusammengestellt. Die subjectiven Anschauungen des Verf. treten einerseits nirgends das Maass eines Lehrbuches überschreitend hervor, während andererseits der erfahrene Chirurg besonders für die in ihren Indicationen zweifelhaften Operationen in so bestimmter Weise seine Ansichten ausspricht, dass sie dem Arzte

wirklich als Richtschnur für sein Handeln dienen können. — Der erste Abschnitt des Buches behandelt die Krankheiten des Kopfes: die Verletzungen der Weichtheile, der knöchernen Schädelkapsel und des Schädelinhalts, ein Abschnitt, auf den eine ganz besondere Sorgfalt verwendet ist. — Die Schwierigkeit des Capitels ist in ausgezeichneter Weise vom Verf. gelöst; sehr instructive Zeichnungen erläutern u. A. die Formen der Fracturen und ihren Verlauf; überall ist die einschlägige Litteratur in der oben angegebenen Weise benutzt, alle in Betracht kommenden Fragen nach Möglichkeit in klarer Weise beantwortet. Der folgende Abschnitt behandelt die chirurgischen Erkrankungen des Gesichts; bei den plastischen Operationen sind die sehr instructiven Zeichnungen des Werkes von Szymanowski eingefügt. Die Krankheiten der Nase und der mit ihr in Verbindung stehenden Höhlen bilden den ersten Theil der Krankheiten der einzelnen Theile des Gesichts; es folgen dann die Krankheiten des Mundes, der Kiefer, des Gaumens, der Mandeln und des angrenzenden Theiles des Pharynx, der Zunge, der Speicheldrüsen und des äusseren Ohres. Der dritte Abschnitt enthält die Krankheiten des Halses, deren ersten Theil die angeborenen Krankheiten bilden, den folgenden die Verletzungen, die entzündlichen Processe, diese mit besonderer Berücksichtigung der Bindegewebsräume zur Erklärung der typischen Abscessformen. — Die Vernarbung am Halse, besonders nach Verbrennungen, wird besonders besprochen. Den 4. Theil des dritten Abschnittes bilden die Geschwülste am Halse, den 5. die Erkrankungen der Schilddrüse, deren pathologische Veränderungen wesentlich nach Virchow besprochen sind, dann die Krankheiten des Pharynx und Oesophagus. Es folgen die Krankheiten des Kehlkopfs und der Trachea, deren laryngoskopischer Theil (§ 90—100) von Bose bearbeitet ist. K. spricht sich mit Recht für die Tracheotomie selbst in den späteren Stadien der Diphtherie aus; die Resultate schienen ihm ausser von dem Alter der Patienten, dem Zeitpunct der Operation, der Schwere der herrschenden Epidemie, zum grossen Theil auch von der Methode der Nachbehandlung abhängig. — Den letzten Abschnitt des ersten Bandes bilden die Krankheiten der Brust, in dem zuerst die congenitalen und erworbenen Wandungsdefecte, sowie die Formfehler, dann die Verletzungen, die entzündlichen Processe und Geschwülste des Thorax und zum Schluss die Krankheiten der Brustdrüse besprochen werden. Bei der Amputation der Mamma empfiehlt K., um die bei der gewöhnlichen Schnittführung zuweilen vorkommenden Eitersenkungen in die Achselhöhle zu vermeiden, den gebräuchlichen, längs des unteren Randes des M. pectoralis major verlaufenden Schnitt zur Exstirpation der Achseldrüsen nicht längs des Muskelrandes in die Achselhöhle hinein zu verlängern, sondern auf sein äusseres Ende einen senkrechten Schnitt in der Achselhöhle zu führen, so dass ein dreieckiger Lappen entsteht. — Die Wunde wird nach Lister behandelt, genäht und drainirt. — Wenn, wie vorauszusehen, der zweite Theil dem ersten

entspricht, ist die deutsche Chirurgie durch ein Werk bereichert, welches sich bald in allen Kreisen der Mediciner Freunde erwerben wird.

Maas (Breslau).

C. Gaehtgens. Zur Kenntniss der Arsenwirkungen.

(Centralblatt für die med. Wissensch. 1875. No. 32.)

Die Erfahrungen über den Einfluss des Fiebers, der Zuckerharnruhr, der Phosphorvergiftung auf die Steigerung der Zersetzung von »Organeiweiss«, veranlassten den Verf. auch das Arsen in dieser Hinsicht zu prüfen. Nachdem ein grosser Hund während 15 Tagen einem sog. »protrahirten Hungerversuch« unterworfen und die Ausscheidung von N durch den Harn gleichmässig geworden war (4,7 gm. für den mittleren Versuchstag), bekam er ausser Wasser nur noch Natriumarsenat in steigender Dose. Am 27. Tage war die Stickstoffausscheidung ca. 8,7 gm. Verf. schliesst daraus: »die im Zustande der Arsenvergiftung stattfindende Steigerung der Stickstoffausscheidung erfolgt daher ohne Zweifel in Form von Harnstoff, der sich aus dem untersuchten Harn in Masse darstellen liess, während peptonartige Stoffe vergebens darin aufgesucht wurden (ebenso Milchsäure)«.

Wahrscheinlich wirken auch nicht nur toxische, sondern auch geringere arzneiliche Gaben ähnlich auf die Umsetzung der eiweissartigen Körperbestandtheile des Menschen und sind wohl darauf die Heilwirkungen des Arsens in manchen Krankheiten zu beziehen. — Die ausführliche Darstellung der Versuche soll im Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakognosie erfolgen. Auch sollen ähnliche Versuche in Bezug auf Antimonpräparate angestellt werden.

A. Bidder (Mannheim).

Félix. Étiologie du scorbut.

(Gaz. méd. 1875. No. 24. p. 289.)

Angesichts der bemerkenswerthen Thatsache, dass der Scorbut im Westen Europas immer seltner wird, während er im Osten, namentlich in Russland und Rumänien jährlich neue Opfer fordert, hat Professor Felix in Bukarest bereits im Jahre 1871 auf den Zusammenhang der Krankheit mit der verminderten oder gänzlich aufgehobenen Fettzufuhr während der langen und strengen Fasten der griechischen Kirche aufmerksam gemacht. Die strenggläubigen griechischen Christen nähren sich während der Fastenzeiten fast ausschliesslich von Vegetabilien und vegetabilischen Oelen. Letztere sind jedoch wegen ihres sehr hohen Preises den Armen gar nicht zugängig, und werden auch den Soldaten und Strafgefangenen beinahe vollständig entzogen. Gerade dieser Theil der Bevölkerung aber ist es, unter dem regelmässig kurze Zeit vor oder nach den grossen kirchlichen

Festen der Scorbut ausbricht. — Entsprechend seiner Theorie hat daher F. anstatt der bisher üblichen Therapie eine reichliche Fettzufuhr (Leberthran) vorgeschlagen. **O. Volkmann** (Kettwig).

Tarchanoff. Recherches sur les variations du nombre des globules blancs dans le sang veineux de l'oreille du lapin sous l'influence de la section du sympathique, de la constriction totale de l'oreille, de la compression isolée des veines et des excitations inflammatoires.

(Soc. de Biol. Séance du 5. juin 1875. Gaz. méd. 1875. No. 25.)

T. fand bei seinen am Kaninchenohr angestellten Versuchen, dass eine Durchschneidung des N. sympathicus die Zahl der weissen Blutkörperchen im Venenblut herabsetzt. Den Grund davon erblickt er in der relativ verminderten Verdunstung; denn die Zahl der weissen Blutkörperchen glich sich wieder in beiden Ohren aus, wenn letztere mit einem undurchdringlichen Firniss überzogen wurden. Die vollständige Abschnürung des Ohres hat eine beträchtliche Verminderung der weissen Blutkörperchen zur Folge.

Wird nur der arterielle Zufluss abgesperrt, so tritt anfänglich eine Verminderung, späterhin aber eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen ein. T. erklärt dies dadurch, dass die anfängliche starke Auswanderung der weissen Blutkörperchen späterhin bei Zunahme des Ödems gänzlich aufhört. — Während in diesem Fall die erwähnten Erscheinungen ganz auf das eine Ohr beschränkt bleiben, werden durch Entzündungsreize die weissen Blutkörperchen sowohl im entzündeten als auch im gesunden Ohr vermehrt. — Die Compression der Venen allein vermehrt die Zahl der weissen Blutkörperchen ausserordentlich und zwar ohne dass eine Verminderung derselben vorherginge. — **O. Volkmann** (Kettwig).

Mackenzie. On the hypodermic treatment of indolent enlargements of the cervical glands.

(Med. tim. and gaz. 1875. Mai 29. p. 577.)

Die chronischen, indolenten Lymphdrüsenschwellungen hat M. in zweierlei Absicht: Resolution oder Destruction herbeizuführen, mit parenchymatösen Injectionen behandelt. Zur Erreichung der ersteren empfiehlt M. die Essigsäure. Er hat in 27 Fällen zwischen 5 und 20 Tropfen der gewöhnlichen verdünnten Essigsäure (etwa 1 Theil acid. acet. und 11 Theile Wasser) durchschnittlich einmal wöchentlich injicirt. 15 Fälle sind geheilt, 4 gebessert, in 5 Fällen trat Eiterung ein, und 3 Patienten brachen die Behandlung zu früh ab. Die Flüssigkeit muss möglichst in die Mitte der Drüse injicirt werden.

Die eitrige Zerstörung tritt am sichersten ein durch Injection einer Höllensteinlösung (1 Drachme auf 1 Unze), und zwar von 3—5 Tropfen. In drei Fällen von fünf so behandelten war die Cur erfolgreich. Versuche mit Injectionen von Pepsin und verdünnter Salzsäure hat M. aufgegeben. **Ranke** (Halle).

J. Englisch. Zur Tamponade der Nasenhöhle.

(Wiener med. Presse 1875. No. 21, 23, 24 u. 26.)

E. fand wiederholt bei Individuen, die Jahre lang an periodisch wiederkehrenden Nasenrachenkatarrhen litten, an den hinteren Enden der Nasenmuscheln und im Rachen, Wucherungen an der Schleimhaut, die bei der leisesten Berührung bluteten, woraus sich erkläre, dass öfter auch nach der Tamponade der Nasenhöhle die Blutung hinten noch fortbestehe. E. führt die verschiedenen innerlichen und äusserlichen Mittel an, die im Laufe der Zeit gegen Nasenblutungen empfohlen wurden; immer kehrte man wieder zur Tamponade mit der Bellocque'schen Röhre zurück, als dem sichersten Verfahren. Doch sei es auch nicht ganz tadelfrei, da der zum Munde herausgeleitete Faden häufig quälende Salivation herbeiführe. Am zweckentsprechendsten erscheine das in neuester Zeit erdachte Instrument von Küchenmeister-Closset. Dieses besteht aus einem Kautschukballon von etwa 1 Ctm. Durchmesser und $1^3/_4$ Ctm. Länge, der in einen dünnen zur Nase herauszuleitenden Kautschukschlauch übergeht. Mitelst eines sogenannten Embolus wird das Instrument in die Nasenrachenhöhle geführt, mit Wasser gefüllt, vorgezogen, wobei es sich fest an die Choanen andrückt; eine Klammer schliesst den Schlauch ab. So ist der Verschluss gegen die Rachenhöhle vollkommen; die Nasenhöhle wird dann in der gewöhnlichen Weise tamponirt.

Den einzigen Uebelstand, nämlich das mögliche Zurückschlüpfen des Ballons, zu beheben und gleichzeitig mit demselben Apparate den Verschluss der Nasenhöhle herzustellen, verwandte E. zwei Ballons von Kautschuk, die durch ein Mittelstück mit einander verbunden sind und deren einer in den Schlauch übergeht. $1—^1/_2$ Unzen Wasser genügen zur Anfüllung der Ballons. Der Verschluss geschieht mittelst einer Fadenschlinge. Der »innere« Ballon verschliesst die Choanen, der »äussere« die Nasenhöhle und darf nicht über die äussere Nasenöffnung vorragen; sie fixiren sich gegenseitig in ihrer Lage. Das Einführen des Apparates geschieht mit einer Pincette etc. E. verwendet dazu zwei Metallstäbe von $1^1/_2$ Mm. Breite, die an einem Ende miteinander verbunden, am andern Ende auseinander federn und durch einen Ring geschlossen werden; hiermit wird der innere Ballon eingeführt.

Auch für andere Fälle wird der Apparat zu verwenden sein; E. empfiehlt ihn für Blutungen beim Steinschnitte. Der innere Ballon wird in's Rectum eingeführt, der äussere liegt vor der Aftermündung

und sichert angefüllt die Lage des inneren. Der innere Ballon drückt Blase und Prostata gegen die Symphyse und füllt bei stärkerer Füllung das kleine Becken ganz aus.

(Ein dem obigen ganz ähnlicher Apparat war lange zuvor an Prof. Billroth's Klinik zum Verschlusse der Blasenmündung nach der gelungenen plastischen Operation bei Ectopia vesicae an weiblichen Individuen, versuchsweise angewendet worden. Ref.)

Fr. Steiner (Wien).

C. Nicoladoni. Phlebarteriectasie der rechten oberen Extremität.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 2.)

N. beschreibt einen sehr interessanten Fall von Phlebarteriectasie des rechten Armes bei einem 17jährigen Arbeiter, die sich seit dem 8. Lebensjahre entwickelt hatte. — Es handelte sich um ein cirsoides Aneurysma des ganzen Arteriensystems der rechten oberen Extremität gleichzeitig mit einer ganz bedeutenden Varicosität der Venen. — Die Erkrankung erstreckte sich bis an die Subclavia, welche erweitert und geschlängelt erschien. Die von W. Krause (Arch. f. klinische Chirurgie Bd. II.) nur an den feinen Gefässen der Finger beobachtete Communication zwischen Venen und Arterien zeigte sich an 2 grossen Venensäcken auf dem Dorsum manus, welche selbstständig pulsirten; ihre Pulsation nahm bei leichtem centralen Drucke zu und verschwand nicht, wenn man sie, wie es leicht gelang, seitlich verschob. Die Erkrankung begann an der Hand, und nimmt N. im Wesentlichen eine Fortpflanzung des chronisch entzündlichen Processes per continuitatem an. — Entgegen Krause nimmt N. wohl mit Recht erhöhte Widerstände der Blutcirculation in der erkrankten Extremität an und erklärt hieraus die vorhandene bedeutende Hypertrophie des Herzens. — Das bei Compression der erkrankten Brachialis auftretende Phaenomen einer Pulsverlangsamung sucht N. durch die vermehrte Füllung des ganzen übrigen Arteriensystems, also auch der erweiterten Subclavia zu erklären. Die Subclavia drückt so auf den Nerv. laryng. recurrens, durch welchen sich der Reiz auf den Vagus fortpflanzt. — In Betreff der Therapie kommt N. nach der Casuistik zu den Schlüssen, dass bei Erkrankungen einzelner Finger die Unterbindung der zuführenden Arterien und im Falle des Misslingens die Amputation zu machen ist, ebenso bei Erkrankungen des Metacarpus. — Bei weitergehender Entartung ist von der Unterbindung nichts zu hoffen. In dem Falle von Krause hob die Compression der Brachialis nicht einmal den Puls in der Radialis und Ulnaris auf, und in dem vorliegenden Falle entstand bei der Compression eine heftigere Pulsation und lauteres Geräusch auf der Streckseite des Ober- und Vorderarms, und das Volumen der Extremität wurde nicht wesentlich vermindert. In Betreff der Amputation spricht



sich N. dahin aus, dass so lange der Arm einigermaassen brauchbar ist, Ulcerationen und quälende Empfindungen nicht auftreten, von ihr abzusehen ist, besonders da in dem Falle von Schottin die Erkrankung 55 Jahre auf eine Extremität beschränkt blieb.

Maas (Breslau).

Roser. Ueber klappenförmige Darmstenosen.

(Sitzungsberichte von dem IV. chirurgischen Congress.)
(Berl. klin. Wochenschrift 1875. Juni 28.)

Es giebt Darmstenosen, welche sich mit eigenthümlich klappenartiger Verschliessung des Darmrohrs verbinden. Der Klappen-Mechanismus bei diesen Fällen beruht auf der unverhältnissmässig starken Ausdehnung des Darms oberhalb der engen Stelle; vermöge der sackartigen Ausdehnung dieses Darmtheils werden die Ränder der Verengungsstelle klappenartig gegeneinander gedrängt (zum besseren Verständniss diene die Vergleichung der Figuren in der Berl. klin. Wochenschrift); es kann dies so weit gehen, dass der Darminhalt gar nicht mehr durchpassirt, sondern sich massenhaft hinter der Stenose ansammelt. Am Mastdarm gelingt es zuweilen, eine solche Stenose zu erkennen und durch Einführung einer Röhre oder eines Halbcylinders die Klappe zu lüften. Die Copro-Stase im Darmkanal kann hierdurch auf ähnliche Art beseitigt werden, wie die Urinretention durch den Katheter bei manchen Prostataerkrankungen. Es ist ja bekannt, dass es Prostataaffectionen giebt, bei welchen die klappenförmige Verschliessung des Blasenhalses erst dann eintritt, wenn die Pat. ihren Urin zu lange zurückgehalten, die Blase also zu grosser Ausdehnung haben kommen lassen.

Bei der sogenannten Knickung eines Darms und den davon abhängigen Ileus-Erscheinungen dürfte ein ähnlicher Mechanismus öfters vorkommen. Wenn eine Darmschlinge durch lokale Peritonitis an ihrer Spitze angewachsen und daselbst nur mässig verengt ist, so kann durch Ueberfüllung des oberen Darmtheils eine solche klappenartige Compression des unteren Stücks erzeugt werden, dass nun der Durchgang des Darminhalts vollständig gehemmt wird. Wenn man unter solchen Umständen einen Darmschnitt macht und den gedehnten Darm entleert, so kann der Ileus gehoben und die Function des Darms, die Fortschaffung des Darminhalts nach unten, wieder hergestellt werden. (Man kann alsdann, wie Nélaton gezeigt hat, die künstlich angelegte Kothfistel wieder zuheilen lassen.)

Roser (Marburg).

Roser. Ueber ein klappenartiges Hinderniss bei Reposition von Darmvorfällen.

(Sitzungsberichte von dem IV. chirurgischen Congress.)
(Berl. klin. Wochenschrift 1875. Juni 28.)

Bei aufgeschnittenen oder aufgeplatzten Bruchsäcken kann man im Zurückbringen der Darmschlingen dadurch gehindert werden, dass

bei jedem Repositionsversuch die enge Stelle mit zurückgedrängt und zusammengeschoben wird und dass sie dabei eine Compression und eine klappenartige Verengung erfährt. Das einfachste Beispiel hiervon bietet sich bei einem aufgeschnittenen Nabelbruch dar; jeder Druck auf die vorliegende Darmschlinge schiebt zugleich die Bruchpforte und die umgebende vordere Bauchwand-Partie nach innen, der Bauchraum wird dadurch beengt, und die Bruchpforte kann dabei, einem gespannten Knopfloch ähnlich, verengt werden.

Man muss, um das Hinderniss in solchen Fällen zu überwinden, die enge Oeffnung mit mehreren stumpfen Haken angezogen und erweitert halten, während man die Darmschlinge zurückschiebt. Die Fälle, wo man Ursache hat, zu den stumpfen Haken als Hülfsmittel der Darmreposition zu greifen, kommen bei der Herniotomie nicht allzuselten vor. Wenn ein tiefsitzender Bruchsackhals Sitz der Einklemmung war und dieser künstlich erweitert worden ist, so kann die Reposition noch immer grosse Mühe machen, weil das Bauchfell bei jedem Druck auf die Darmschlinge mit zurückgedrängt wird. Mit den stumpfen Haken wird diese Schwierigkeit auf einfache und leichte Art überwunden.

Bei geplatzten Bruchsäcken mit heraushängenden Darmschlingen, z. B. bei einem geplatzten Mastdarm- oder Scheidenbruch, wird man das Loch im Bruchsack in ähnlicher Art erweitert halten müssen, während man die Darmschlinge hineinzuschieben bemüht ist.

Roser (Marburg).

Marion Sims. Utero-Gastrotomy.

(The American Journal of med. sciences 1875. April.)

In der New-York medical Society (1875. Febr. 15) berichtet S. über zwei von ihm wegen grosser Fibroide ausgeführte Exstirpationen des Uterus mittelst Bauchschnitt. Beide endeten tödtlich, die eine 35 Minuten nach der Operation in Folge profuser Blutungen aus erweiterten Venen, die andere 76 Stunden nachher durch Septikämie. In beiden Fällen verfuhr S. nach der Methode von Péan (doppelte Unterbindung des supravaginalen Theiles des Cervix sammt den breiten Mutterbändern, Amputation, Herausleiten des Stieles durch den unteren Winkel des Bauchschnittes), ist aber von den Vortheilen derselben nicht besonders eingenommen. Er empfiehlt, die breiten Mutterbänder isolirt zu umschnüren und an ihrer Insertion am Uterus abzubrennen. Ebenso soll der abgetrennte Cervix an seiner Schnittfläche cauterisirt werden. Die so behandelten Stiele versenke man in die Bauchhöhle und überlasse sie sich selbst.

Was die Utero-Laparotomie überhaupt betrifft, so sei diese Operation noch eine neue und bedürfe entschieden der Prüfung. Indessen, so viele Gegner sie auch habe, so werde sie doch zweifellos denselben siegreichen Weg gehen, wie die Ovariotomie. In Amerika

sei sie bis jetzt erfolgreich von Kimball, Burnham, Boyd, Storer und Darby ausgeführt worden; in England von Charles Clay, Fletcher, Lawson Tait. Koeberle in Strassburg habe von 6 Fällen 4 geheilt, während Péan in Paris in 11 Fällen 7 Heilungen, nach einer neuen Publication eines seiner Schüler (Urdy [vergl. Centralbl. f. Chir. 1875. No. 7]), in 20 Fällen 15 Heilungen (75 %) aufzuweisen habe. **Lossen** (Heidelberg).

Guyon. Obstruction intestinale traitée avec succès par l'injection d'eau gazeuse dans le gros intestin.

(Journal de méd. et de chir. prat. 1875. Juin p. 250 et Juillet p. 292.)

Bei einem 62jährigen Manne war eine Inguinalhernie bei bedeutenden Einklemmungssymptomen reponirt worden, worauf nach einigen Stunden Erbrechen sich wieder einstellte, das bald unter Collapserscheinungen fecal wurde. Massenreduction war nicht anzunehmen. So wurde denn mit Hülfe einer Schlundsonde, die man 40 Ctm. hoch hinaufgeführt, Sodawasser injicirt, der Inhalt etwa zweier Syphons, wovon der erste zum grossen Theil zurückfloss. Sehr rasch folgte heftige Kolik und Entleerung stinkender, flüssiger Massen, dann harter Kothballen. 2 Stunden nachher war der Kranke ausser Gefahr. In einer Note wird weiter erwähnt, dass Bouchut in zwei Fällen und auch Béhier in einem Falle von Intestinalobstruction durch harte Kothballen in derselben Weise mit Glück verfuhren. Das Abdomen schwoll durch das Gas unter heftiger Kolik in allen Fällen bedeutend an, und die Ausleerung trat sehr rasch ein.

Pagenstecher (Elberfeld).

E. L. Keyes. The injection of the bladder.

(The American Journal of med. sciences 1875. April.)

Verf., ein grosser Verehrer der Behandlung acuter und chronischer Blasenkatarrhe mittelst Injectionen, insbesondere Warm- und Kaltwasserinjectionen, beschreibt einen von ihm construirten Injectionsapparat, mit dem der Pat. sich selbst die Einspritzungen jederzeit machen kann.

Der Apparat ermöglicht es, sowohl die stossweise Einspritzung der Clysopompes, wie die mit Luft gemischte der Gummiballons zu vermeiden. Er irritirt weder den Hals der Blase, wie der Verweilkatheter, noch lässt er auf die tonisirende Füllung derselben verzichten, wie der doppelläufige Katheter.

Die Zusammensetzung des ganzen Apparates ist höchst einfach. Er besteht aus einem weichen Gummikatheter, einer metallenen T-Röhre mit doppeldurchbohrtem Hahn und einem Kautschukballon, der an seiner am Boden befindlichen Ausflussöffnung einen langen Kautschukschlauch trägt.

Soll die Injection beginnen, so wird der mit warmem oder kaltem Wasser gefüllte Ballon mindestens 6 Fuss über dem Boden aufgehängt und der Kautschukschlauch mit dem einen Ende der T-Röhre in Verbindung gesetzt, während man den vertical abgehenden Schenkel in ein tiefer stehendes Gefäss leitet. Nachdem durch kurzes Oeffnen des doppeldurchbohrten Hahnes alle Luft aus dem Schlauch entfernt ist, führt sich der Pat. den Katheter in die Blase und fügt ihn dem noch freien Ende der T-Röhre an. Wird nun der Hahn nach dem verticalen Schenkel der Röhre hin geöffnet, so entleert sich die Blase vollkommen; richtet Pat. aber den Hahn nach den horizontalen Schenkeln hin, so strömt das Wasser unter einem Drucke von ca. 6 Fuss in die Blase. Ist diese gefüllt, so bewerkstelligt ein einfaches Umstellen des Hahns sofort deren Entleerung und Pat. kann solcher Weise auf das sorgfältigste die Ausspülung vornehmen.

Lossen (Heidelberg).

H. Wildt. Neue Methoden, die weibliche Blasenhöhle zugängig zu machen.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 1. p. 167—186.)

Eine Beschreibung der von Simon (Heidelberg) neuerdings geübten und vervollkommneten Massnahmen, das Innere der weiblichen Harnblase dem Finger und dem Gesicht zugänglich zu machen. Dieselben bestehen 1) in der methodischen Erweiterung der Harnröhre, 2) in der Spaltung der Blasenscheidewand.

Die Harnröhrenerweiterung, welche, wenn auch nicht in so vollkommener Weise, Christopher Heath (Méd. Times and. Gaz. 1874, 11. April) vorgeschlagen hatte, wird in einmaliger Sitzung nach voraufgegangener Narkose und Einkerbung der Schleimhaut des Orificium urethrae mittelst röhrenförmiger Specula aus Hartgummi vorgenommen. Dieselben sind nach dem Muster der Vaginalspecula construirt, mit einem vorne conischen Obturator versehen, $6^1/_2$ Ctm. lang. Sie werden in 7 verschieden dicken Nummern benutzt, deren erste eine Dicke von 9 Mm., deren letzte eine solche von 2 Ctm. besitzt. Natürlich muss mit dem Speculum No. 1 angefangen werden, dem No. 2 u. s. w. folgt. Wenn man nachher nicht das ganze Speculum, sondern nur den Obturator auszieht, so legt sich nach Abfluss des Urins die hintere Blasenwand an das Lumen des Speculums an und man kann so successive, indem man das Instrument nach verschiedenen Richtungen wendet, einen grossen Theil der Schleimhaut dem Gesicht zugänglich machen. Nach Entfernung des Speculums 7 gelingt es leicht, auch den voluminösesten Zeigefinger und daneben noch Instrumente in die Blasenhöhle zu führen. Incontinenz des Urins ist bislang dem Verfahren niemals gefolgt. Die diagnostischen und therapeutischen Vortheile desselben s. im Original.

Die Spaltung der Scheidenblasenwand, ein augenblicklich ganz

gefahrloses Unternehmen, da der Verschluss in jedem Falle späterhin operativ sicher zu erreichen ist, kommt in Frage, wenn es sich um Entfernung von Steinen, um Beseitigung von Blasenkatarrhen, endlich um Ausrottung von Geschwülsten aus dem Blaseninnern handelt. In Anbetracht der hohen Erweiterungsfähigkeit der Harnröhre sind die beiden ersten Indicationen jedoch nur dann zwingende, wenn die Steine excessiv gross sind, der Katarrh ein äusserst hartnäckiger ist, und man wird den Schnitt zu rein diagnostischen Zwecken oder behufs Tumorenbeseitigung natürlich ebenfalls nur dann machen, wenn die Erkrankung mit Wahrscheinlichkeit ihren Sitz in den höchsten Theilen der Blase hat oder sich bis dahin erstreckt. Der Schnitt beginnt am hintern Ende der Harnröhre und spaltet die Blasenscheidewand in der Axe der Vagina bis zum Muttermund. So kann man bequem mit 2 Fingern in die Blase dringen und, während man von den Bauchdecken aus die höheren Theile dem untersuchenden Finger entgegendrückt, die tiefsten Buchten der Blase betasten. Kommt man auf diese Weise nicht zum Ziele, so kann man dem Längsschnitt noch einen im vorderen Scheidengewölbe anzulegenden Querschnitt hinzufügen und nun durch Druck von den Bauchdecken aus die Blase förmlich umstülpen und in die Scheide hineindrängen, also alle Theile derselben nicht nur palpiren, sondern auch inspiciren.

5 Krankengeschichten illustriren die vorstehend gegebenen Details. **Wilh. Koch** (Berlin).

Warren Brickell. Rupture of the Perineum. With a description of a new operation.

(The American Journal of med. sciences 1875. April.)

In kurzer Einleitung klagt Verf. über die im Grossen und Ganzen unzureichenden Hülfsmittel zur Operation des zerrissenen Dammes. »Welches sind zur Zeit (1875) die allgemein anerkannten Operationsmethoden?« fragt er und antwortet: »Die Klammernaht, die Balkennaht und die unterbrochene Naht« (Knopfnaht). Der einfachen Knopfnaht mittelst Silberdraht, deren sich Verf. früher bedient zu haben scheint, wird, und wohl nicht mit Unrecht, vorgeworfen, dass sie die einander genäherten Wundränder von hinten nach vorn aufrolle und hierdurch sowohl die prima intentio fraglich mache, als auch die ursprüngliche, keilförmige Gestalt des Dammes nicht wieder herzustellen vermöge.

Diesem Aufrollen der Wundränder zu begegnen, construirte Verf. dünne, vernickelte Stahlstäbchen von verschiedener Länge (von $^3/_4$—$2^1/_4$ Zoll variirend), welche oben und unten gabelförmig enden, und sucht mit diesen die Suturen in der Richtung von hinten nach vorn, wie mit Sperrhölzchen, auseinander zu halten. Die Anwendung ist folgende: Nachdem die zusammengehörigen Theile in ausgiebiger Weise angefrischt sind, wird ein Silberdraht wie bei der Knopfnaht

durch die ganze Dicke der Wundränder hindurchgeführt. Nun nimmt man ein Stäbchen, dessen Länge den Querschnitt der Wundfläche um ein Weniges übertrifft, setzt es zwischen den klaffenden Rändern mit seinem gabelförmigen Ende auf die in der Tiefe der Vagina liegende Suturenschlinge, drängt es an und schliesst nun über der oben herausstehenden anderen Gabel die Enden des Drahtes. Durch ein festeres Zusammendrehen des letzteren werden die Wundränder mehr und mehr aneinander gezogen, ohne dass die Sutur dieselben einrollen kann. Solcher auseinandergespreizten Nähte legt Verf. je nach der Länge des Risses 2, 3 und mehr in Abständen von $^3/_8$—$^1/_2$ Zoll. Daneben sollen oberflächliche Hülfsnähte die genaue Coaptation der Schleimhaut und äusseren Haut besorgen.

Die Stäbchen und Suturen werden am 4., 5. oder 6. Tage entfernt. Zu dem Zwecke ist die eine, in der Tiefe liegende Gabel zum Abnehmen eingerichtet und kann nach Durchtrennung der Sutur mittelst einer Zange aus der Vagina hervorgeholt werden. Der Schaft des Stäbchens wird sodann von vorn her herausgezogen.

Verf. macht sich selbst den Einwand, es könnten die Stahlstäbchen Fisteln zurücklassen, meint indessen, diese schlössen sich sehr rasch spontan.

4 Fälle werden zur Illustration des neuen Verfahrens angeführt. In dreien war das Perineum zerrissen, zweimal $^3/_8$ Zoll weit in den Mastdarm, einmal halbwegs bis zum Anus. In sämmtlichen Fällen bestand vollkommener Prolapsus uteri. Der vierte Fall betraf eine Cystocele mit Vorfall des Uterus bei starker Relaxation der Scheide und des Dammes ohne voraufgegangene Zerreissung.

Die Heilung des genähten Dammes erfolgte in allen 4 Fällen. Die engen Kanäle der Stahlstäbchen schlossen sich in wenigen Tagen nach der Herausnahme der letzteren. Nur einmal war eine Aetzung nothwendig. In den beiden letzten Fällen verwandte Verf. anstatt des Silberdrahtes Catgut zur Naht und sah theilweise Resorption der Fäden.

Verf. hebt in allen Fällen die vorzügliche Höhe und Festigkeit des neugebildeten Dammes hervor. Gleichwohl bekommen sämmtliche Pat. bei ihrer Entlassung aus der Behandlung ein Hodge-Pessarium. (Die heutzutage wohl überall bekannten und anerkannten Operationsmethoden des veralteten Dammrisses, die Dieffenbach'sche, von Simon weiter ausgebildete trianguläre Naht, die Heppner'sche Achtertour, die Perineosynthese von v. Langenbeck scheinen dem Verf. vollkommen unbekannt zu sein. Ref.)

Lossen (Heidelberg).

F. F. Echeverria. De la résection tibio-tarsienne dans les luxations compliquées.

(Thèse, Paris, 1874.)

E. hat aus der Litteratur 77 Resectionen des Fussgelenks bei complicirten Luxationen desselben zusammengestellt, an welcher Zahl

Deutschland nur mit einem geringen Procentsatz Theil nimmt. 7 Totalresectionen gaben keinen Misserfolg; 35 Resectionen der Unterschenkelknochen allein gaben, ausser 2 Nachamputationen mit 1 Todesfall, 8 Todesfälle oder 22,8 %; die 31 Resectionen des Tibiaendes allein endeten in Genesung, die 4 des Wadenbeins (2 mit Wegnahme des Astragalus) in gleicher Weise. Diesen Zahlen legt E. selbst nur einen relativen Werth bei. —

Die Indicationen der Resection sind bei mittelschweren complicirten Luxationen gegeben; die Functionsunfähigkeit des Fusses nach nicht mit offenen Wunden complicirten, unreducirt geheilten Luxationen gilt E. ebenfalls als Indication. Contraindicationen sind bedeutende Weichtheilquetschung, und Ausdehnung der Fracturen bis auf den Körper der Tibia. Die subperiosteale Resection ist unter allen Umständen zu versuchen; knöcherne Vereinigung der Gelenkenden hindert die Gebrauchsfähigkeit nicht. Die Resection ist ungefährlicher als die Amputation, nur bei Tuberkulösen ist letztere vorzuziehen. E. glaubt, die resecirten Knochenenden seien bei der Nachbehandlung in unmittelbaren Contact zu bringen.

Zwei der mitgetheilten Krankengeschichten scheinen anderweitig nicht veröffentlicht zu sein.

1) Richet, im Hôtel-Dieu, 1874. Der 49jährige Pat. hatte in Folge einer subcutanen, vor 5 Monaten erlittenen Malleolenfractur einen pes valgus, der durch Maschinen nicht zu bessern war. Entblössung der Fibula und Durchsägung derselben mit der Kettensäge an der Fracturstelle. Heilung. Functionelles Endresultat?

2) Richet, ebenfalls im Hôtel-Dieu, 1874. Der 43jährige Pat. war vor 2½ Monaten verunglückt, 60 Tage bettlägerig gewesen; Gehversuche wurden bald durch Schmerzen unmöglich. Luxation en dehors, mit Fractur beider Malleolen. Subperiosteale Resection der Tibia mit T-Schnitt an der inneren Seite; Abtragung von 4 Ctm. mittelst der Kettensäge. Fractur der in Dislocation consolidirten Fibula. 12 Tage lang permanente Irrigation. Verlauf durch mehrere Abscedirungen gestört. Der Fall war zur Zeit der Veröffentlichung noch nicht abgeschlossen, es fehlt daher auch hier das Endresultat.

Ranke (Halle).

Kleinere Mittheilungen.

J. Rednik. Inflammatio retrobulbaris e phlebitide venae ophthalmicae.

(Wiener med. Presse 1875. No. 18.)

Ein 54jähriger, trunksüchtiger Tagelöhner stellte sich mit einer fluctuirenden Geschwulst in der linken Schläfengegend — angeblich nach einem Falle entstanden — in der Klinik vor. Augenlider und Conjunctiva stark geschwollen, letztere stark injicirt, der bulbus beträchtlich gerade nach vorn herausgedrängt, unbeweglich und kaum rückdrückbar.

Incision: reichliche Eiterentleerung; die Sonde stösst auf entblössten Knochen. Pat. verliess trotz Warnung das Spital. 3 Tage später kam er wieder, doch vollkommen stumm, völlig apathisch; hohes Fieber; die Incisionswunde war ver-

klebt, wurde geöffnet; reichliche Entleerung von stinkendem Eiter. 2 Tage später — Pat. konnte wieder etwas sprechen — trat auch das rechte Auge vor, wodurch die Diagnose Meningitis gesichert war; nach 2 weiteren Tagen exitus lethalis.

Die Section ergab: zwischen Musc. temporalis und Cranium eine Eiterhöhle, der Knochen missfarbig; der Musc. pteryg. ext. von Jauche durchsetzt, welche durch's Foramen ovale in die Schädelhöhle gedrungen ist; auch im Sin. cavern. Jauche, ebenso ist das Ganglion Gasseri, der Sin. circul. Ridley und über die sella turcica hin auch der Sin. cavern. dext. jauchig infiltrirt. Im Fettgewebe der linken Orbita sind die Aeste der Ven. ophthalm. gansfederdick mit Eiter und eitrig zerfallenden Thromben erfüllt; ähnlich in der rechten Orbita; zudem Pachymeningitis und eitrige Meningitis.

Als besonders bemerkenswerth in diesem Falle, hebt R. das Auftreten der Stummheit bei normalem Zustande der Insel, und die Wiedererlangung der Sprache, hervor. **Fr. Steiner** (Wien).

Mason. (St. Thomas's hospital.) Myeloid sarcoma of the septum nasi.

(Med. tim. and gaz. 1875. Mai 22. p. 552.)

Der 60jährige Pat. hatte zuerst vor einem halben Jahre bald nach einem heftigen Nasenbluten eine leicht blutende Geschwulst im linken Nasenloch bemerkt, welche vom Septum ausging. 19. Septbr. 1874 Entfernung mittelst Polypenzange. Das 1. Recidiv wurde am 14. Octbr. mit dem Messer entfernt, nachdem die Nasenhöhle durch einen seitlich verlaufenden Schnitt durch die Weichtheile und durch partielle Resection des Oberkiefernasenfortsatzes freigelegt war. Das 2. Recidiv wurde am 6. Jan. 1875 in ähnlicher Weise entfernt; dabei musste der Schnitt durch die Oberlippe hindurch verlängert und ein Theil derselben geopfert werden. Schnelle Heilung. Bis zum 11. April 1875 frei von Recidiv. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein »myeloid sarcoma«. **Ranke** (Halle).

Poncet. Coup de feu sous la clavicule droite; atrophie musculaire envahissant le bras droit, le bras gauche et le tronc.

(Société de Biologie. Séance d. 5. juin 1875. Gaz. méd. 1875. No. 25.)

Ein 33jähriger, früher stets gesunder Marineinfanterist erhielt bei Moussac (Sédan) einen Schuss in die rechte Brust. Die Kugel drang $2^1/_2$ Ctm. vom Sternum und $1^1/_2$ Ctm. von der Articulatio sterno-clavicul. entfernt in den Thorax ein und durchschnitt ihn in der Richtung nach hinten und aussen. Die Ausgangsöffnung befand sich unterhalb der spina scapularis. In dem Moment, wo der Getroffene zusammenstürzte, stellte sich eine krampfhafte Contractur der rechten Hand ein, so dass das in letzterer gehaltene Gewehr nur mit Mühe entfernt werden konnte. Als Pat. nach einer 3tägigen Bewusstlosigkeit erwachte, war der rechte Arm gelähmt. Nach 8 Monaten war der Schusskanal vollständig vernarbt, während die Lähmung des rechten Armes trotz angewandter Electricität fortdauerte. Im Jahr 1873 wurde Pat. wegen einer zunehmenden Schwäche des linken Armes abermals in Behandlung genommen, ohne dass auch jetzt die fortgesetzte faradische Behandlung eine Besserung des Zustandes zur Folge gehabt hätte. Eine im Mai 1875 angestellte Untersuchung ergab eine Atrophie fast sämmtlicher Muskeln des Schultergürtels sowie der oberen Extremitäten. Besonders hochgradig ist die Atrophie der Extensoren am Vorderarm, so dass durch das Uebergewicht der gut functionirenden Flexorengruppe die Hände und Finger beständig contrahirt sind. Auch die Rücken- und Wadenmuskeln zeigen beginnende Atrophie. Die Sensibilität ist im Allgemeinen vermindert, an der Dorsalseite der Vorderarme vollständig aufgehoben. Seitens der übrigen Organe keinerlei Störungen. Da bei der noch vorhandenen Functionsfähigkeit der Vorderarmflexoren eine vollständige Durchtrennung des rechten plexus brachialis durch den Schuss auszuschliessen ist, so muss man nach P.'s Ansicht annehmen, dass nur die starke Erschütterung des plexus hinreichte, um eine vorübergehende totale Lähmung und später eine allmälig vorwärts schreitende, von rechts nach links übergehende Atrophie der nervösen Elemente hervorzurufen. **O. Volkmann** (Kettwig).

Burtonshaw. Cases illustrating the use of the pneumatic aspirator. (North-eastern hospital for children.)

(Med. tim. and gaz. 1875. Mai 22. p. 551.)

9 Fälle von Empyem, 1 frische Pleuritis durch Punction und Aspiration geheilt.

1) 10jähriger Knabe, seit 3 Monaten bestehendes linksseitiges totales Empyem, Punction mit Entleerung einer halben Pinte Eiters, 7 Tage später bei erneuter Füllung zweite Punction, Ausspülung der Höhle mit verdünnter Jodtinctur. Letzteres wurde vom 2. Febr. 1875 bis 12. Febr. täglich durch die letzte Punctionsöffnung vorgenommen; Heilung mit gewöhnlicher Thoraxdeformität.

2) 11monatlicher Knabe mit rechtseitigem Empyem, nach Masern, vor 2 Monaten entstanden. Die Aspiration entleerte 6 Unzen Eiters. Heilung mit Einziehung der kranken Seite.

3) 8jähriger Knabe, seit 9 Wochen erkrankt, linksseitiges Empyem. Durch Aspiration werden $2^1/_2$ Unze Eiters entleert. Entlassung mit schwach athmender linker Thoraxhälfte.

4) 11jähriges Mädchen, seit 3 Tagen erkrankt; Dämpfung am Thorax links hinten bis zur Mitte der Scapula. Eine Woche später Dämpfung über die ganze linke Thoraxhälfte. Entleerung von 23 Unzen Serum vermittelst Aspiration bei bestehendem hohen Fieber. 16 Tage später geheilt entlassen — kleine Athmungsunterschiede waren noch vorhanden. **Ranke** (Halle).

E. Hafter. Ein Fall von Echinococcus multilocularis hepatis.

(Arch. d. Heilkunde 1875. 16. Jahrg. Hft. 4. p. 362—371.)

Eine 28jährige Frau litt an intensivem Icterus. Durch Ausschluss liess sich die Diagnose auf multilocularen Leberechinococcus stellen, was durch die Section bestätigt wurde. Zahlreiche kleine Echinococcen hatten besonders den linken Leberlappen durchsetzt und den ductus hepaticus verlegt. Die Gallenblase war mit schleimiger Masse gefüllt. Verf. glaubt, dass in diesem Falle nachweislich auch in den Gallengängen, Lymph- und Blutgefässen Echinococcenblasen sich befunden haben. Haken konnten übrigens in keiner einzigen Blase der Leber entdeckt werden. **A. Bidder** (Mannheim).

P. Sturm. Ein seltner Fall von Uterusmyom.

(Arch. d. Heilkunde 1875. 16. Jahrg. Hft. 4. p. 371—376.)

Verf. beschreibt ein colossales Myoma cysticum einer 49jährigen Frau. Es wurde für einen Ovarialtumor gehalten und zu operiren versucht. Die Operation musste aber unterbrochen werden, und bei der bald darauf stattfindenden Section fand sich eben ein grosses vom Fundus uteri ausgehendes Myom, dadurch besonders interessant, dass es zwischen die beiden Blätter des Dünndarmmesenterium emporgewachsen war. **A. Bidder** (Mannheim).

De Saint-Germain. Chute du rectum; traitement par la douche sur l'anus et le périnée.

(Journ. de méd. et de chir. prat. 1875. Mai p. 209.)

Bei den Schleimhautvorfällen der Kinder wurde durch Application eines starken Wasserstrahls auf Anus und Perineum nach vorgängiger Reduction selbst da noch Heilung erzielt, wo alle anderen Mittel, bis zum Glüheisen, erfolglos geblieben waren. Die Douche wird täglich wiederholt, die Heilungsdauer betrug in dem schlimmsten Falle 58 Tage, Recidive blieben aus. Auch bei einem Erwachsenen, der an Prolapsus recti mit Hämorrhoiden litt, war nach 48 Sitzungen die Heilung vollendet. **Pagenstecher** (Elberfeld).

Jaccoud. Gangrène symétrique des extrémités.

(Journ. de méd. et de chir. prat. 1875. Mai p. 198.)

Bei einem 32jährigen Manne wurde die Gangrän, die sich im Laufe von $3^1/_2$ Jahren und in mehrfach sich wiederholenden Attaquen auf kleine Stellen der Haut

der 2. und 3. linken Zehe und der planta derselben Seite beschränkt hatte, auf einmal symmetrisch. Unter den heftigsten Schmerzen wurden 4 Finger der rechten und 3 der linken Hand kalt und schwarz bis zur Wurzel. Zugleich waren dieselben Zehen wie früher ergriffen und Schmerzen in den Ohren und der Nase vorhanden ohne Circulationsstörungen. In wenigen Tagen indess bildete sich der Gangrän drohende Zustand der Finger zurück bis auf einen oberflächlichen Schorf der 3. Phalanx des rechten kleinen Fingers und einen ebensolchen der Pulpa des Zeigefingers derselben Hand.

Mit dem ersten Auftreten der Gangrän am Fusse war 3wöchentliche Amblyopie verbunden gewesen. Arterien etwas atheromatös, leichtes Geräusch beim 1. Ton an der Herzspitze.

Die an den Fall geknüpften Erörterungen bieten keine neuen Gesichtspuncte.

Pagenstecher (Elberfeld).

Pantier. Appareil pour les fractures transversales de la rotule.

(Journ. de méd. et de chir. prat. Mai 1875. p. 215.)

Zwei getrennte Leimverbände werden, der eine von den Malleolen zum untern Rande, der andere von der Mitte des Oberschenkels zum obern Rande der Kniescheibe angelegt. So lange der Leim noch nicht spröde geworden, werden entsprechend der vorderen Circumferenz der Extremität in die einander zugekehrten Ränder des Verbandes Löcher gebohrt, die am anderen Tage mittelst durchgezogenen Schnürriemens nach Unterpolsterung mit Watte zur Annäherung der beiden Verbandstücke und damit der Patellarfragmente verwandt werden.

Pagenstecher (Elberfeld).

Augier. Triple fracture verticale du bassin par compression. — Déchirure de l'urèthre. — Infiltration d'urine. — Mort sept jours après l'accident.

(Société anatomique, séance du 27. nov. 1874.)

(Progrès médical 1875. No. 11.)

Einem 47jährigen Manne war, nachdem er gefallen war und noch (auf der Seite) lag, ein schwerer Balken quer auf's Becken gefallen. Bei Lebzeiten war eine Fractur nicht zu constatiren, der Pat. konnte ohne grosse Schmerzen im Bett seine Beine bewegen. Harnverhaltung. Katheter entleerte am Abend Blut mit etwas Urin vermischt, am folgenden Tage reinen Urin Desormeaux (auf dessen Abtheilung der Pat. lag) liess den Katheter liegen. Am Scrotum und Damme Blutunterlaufung. Anfangs kein Fieber, aber urinös riechender Athem. Bei einer Rectaluntersuchung kurz vor dem Tode fühlte Desormeaux den Katheter dicht unter dem Finger. Es zeigte sich Urininfiltration, aber nicht des Hodensackes, und des Dammes, sondern an der innern und untern Partie des Oberschenkels. — Nach einer Incision am Perineum fühlte man die nackte Sonde in einer Ausdehnung von mehreren Centimetern in einer grossen Höhle. An den Oberschenkeln wurden auch mehrere Incisionen gemacht. Temperatur in den letzten Tagen 39°. — Die Section ergab ausser der Ruptur der Urethra subperitoneale Blutunterlaufung in der fossa iliaca, Diastase der Schamfuge, senkrechte Fractur durch die horizontalen und absteigenden Aeste beider Schambeine und durch die rechte Hälfte des Kreuzbeins, Fractur des Querfortsatzes des letzten Lendenwirbels. Von der Fractur des linken horizontalen Schambeinastes aus ein Spalt bis in die Pfanne. Der Harnröhrenriss befand sich in der Gegend der pars membr., $^1/_2$ Ctm. vor dem caput gallinaginis. — A. meint, diese Beckenfractur sei interessant wegen der Leichtigkeit, mit welcher man den Mechanismus der Fractur (entstanden durch Compression des Beckens in querer Richtung) erklären könne.

Petersen (Kiel).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 35. **Sonnabend, den 28. August.** **1875.**

W. Braune. Beiträge zur Kenntniss der Venenelasticität.

(Beiträge zur Anatomie u. Physiologie, als Festgabe C. Ludwig zum 15. Oct. 1874 gewidmet von seinen Schülern.)
Leipzig, 1874. Verlag von **F. C. W. Vogel.**

Ausgehend von der Thatsache, dass Spannung und Erschlaffung eines Gefässrohres an sich die Bewegung der darin enthaltenen Flüssigkeit beeinflusse, suchte Br. zu eruiren, welche Stellungen des Rumpfes und der Extremitäten eine Spannung und welche eine Erschlaffung der Hauptvenen veranlassen. Durch eingestochene Nadeln wurde die Längenzunahme der Venen gemessen. Es ergab sich durchweg eine nicht unbeträchtliche Verlängerung der unteren Hohlvene bei starker Rumpfüberstreckuug, der vena jugul. dextr. int. bei Hintenüberbiegung und Drehung des Kopfes. Dasselbe Verhältniss der Spannung zeigte sich an der vena cephalica, basilica und mediana. Das gesammte System wird gespannt und verlängert bei Streckung des Armes im Ellenbogengelenk und erschlafft bei Beugung.

Die Venen der unteren Extremitäten werden gespannt, wenn man die Oberschenkel möglichst weit spreizt.

Um die Elasticitätsverhältnisse der Venen zu messen, experimentirte Br. mit kleineren und grösseren Gewichten. Bei Belastungen ist die Verlängerung der Vene den dehnenden Gewichten nahezu proportional. Selbst bei grossen, aber kurz dauernden ($^1/_4$ Min.) Belastungen bleibt die Elasticität eine vollkommene. Man konnte die vena saphena z. B. in einem Falle mit 1000 Gramm belasten, ohne dass dadurch eine bleibende Verlängerung, sowie eine dauernde Gewebsveränderung hervorgebracht worden wäre. Freilich betraf diese Dehnung ein jugendliches Individuum, während bei einem 46jährigen Manne (Säufer) schon bei 75 Gramm und bei einem 58jährigen an Tuberculose gestorbenen Manne schon bei 6 Gramm sich die Vene nicht mehr schnell auf ihre frühere Grösse zurückzog. Aehnliche Unterschiede zeigten sich an der vena cephalica, cava inferior und jugul. int. **Tillmanns** (Leipzig).

Prévost et David. Note sur un cas d'atrophie des muscles de l'éminence thénar droite avec lésion de la moëlle épinière.

(Arch. de Physiologie 1875. p. 595—601.)

Dejerine. Note sur l'état de la moëlle épinière dans un cas de pied-bot equin.

(Ibidem. 1875. p. 253—257.)

Im ersten Falle handelte es sich um Atrophie mit fettiger Degeneration, die einzig und allein die Muskeln des rechten Daumenballens ergriffen hatte. Die Atrophie datirte nach den Angaben des Pat. aus frühester Jugend und fiel zusammen mit einer circumscripten Läsion des Rückenmarks, die charakterisirt war durch 1) deutliche Atrophie der vorderen Wurzeln des achten Halsnervenpaares rechterseits 2) leichte Atrophie der vorderen Wurzeln des 7. Halsnervenpaares derselben Seite 3) Atrophie des rechten Vorderhorns der grauen Substanz in dieser Höhe, welche sich 2 Cm. der Länge nach erstreckte. (Aehnliche Fälle sind bereits von Cornil, Vulpian, Charcot, Müller, Duchène u. A. und neuerdings von Roth [Virch .Arch. Bd. 53.] beschrieben. Ref.) Zugleich geht aus dieser Beobachtung hervor, dass die Nerven, welche die Muskeln des Daumenballens beherrschen, von dem unteren Halstheil des Rückenmarkes durch die vorderen Wurzeln des 7. und hauptsächlich 8. Halsnervenpaares austreten.

Der Fall von Dejerine betraf einen 40jährigen Mann, dessen pes equinus von frühester Kindheit her datirte und der schliesslich an einer Pleuritis zu Grunde ging. Der pes equinus war höchsten Grades; beim Auftreten sah die Fussohle nach hinten und oben, der Fussrücken berührte den Boden; ausserdem bestand unvollständige Luxation des Talus auf das Os naviculare. Die Dorsalflexoren des

Unterschenkels und die Peronei waren merklich atrophisch. Die Untersuchung des erhärteten Rückenmarks ergab 1) im mittleren Theile der Lendenanschwellung eine deutliche Atrophie der rechten Seite gegenüber der linken. Die Atrophie erstreckte sich zumeist auf den Seitenstrang und in geringerem Grade auf den Hinterstrang. Das rechte graue Vorderhorn ist zumeist in seinem vorderen, äusseren Theile verkleinert, ebenso das rechte Hinterhorn, dieses nur mässigen Grades. In der atrophischen Zone des rechten Vorderhorns sind fast alle Ganglienzellen verschwunden, an ihrer Stelle findet sich fibrilläres Bindegewebe mit reichlichen Kernen und vielen neugebildeten Gefässen, deren Wandung verdickt ist. Der atrophische Seitenstrang ist sklerosirt, seine Neuroglia vermehrt, ein grosser Theil seiner Nervenfasern geschwunden. 2) Die vorderen Wurzeln sind rechterseits nur $^1/_3$ so dick als linkerseits, von grauer Farbe. Die Läsion ist am ausgesprochensten im mittleren Theile der Lendenanschwellung und nimmt nach oben wie nach unten an Intensität ab. Die Muskeln zeigten einfache Atrophie bei erhaltener Querstreifung mit Vermehrung des interstitiellen Fettgewebes; die Muskelfasern selbst waren nicht fettig degenerirt, nur waren einzelne Primitivfasern auffallend schmal (entsprechend dem Befunde von Volkmann.)

Die Atrophie der grauen Substanz der Vorderhörner, des Seitenstrangs und der vorderen Wurzeln bei spinaler Kinderlähmung ist auch von Prévost und Vulpian, Clarke, Johnson u. A. constatirt worden. **J. Munk** (Strassburg i/E.).

Winiwarter. Ueber das maligne Lymphom und das Lymphosarcom.

(Arch. f. klinische Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1. p. 98—167.)

W. glaubt die Classification der primär aus den Lymphdrüsen sich entwickelnden Lymphdrüsengeschwülste folgendermassen aufstellen zu können:

I. Hyperplastische Formen, Lymphome.

Hierher gehören:

Die Drüsenhyperplasieen bei der Scrophulose; scrophulöse Lymphome.

Die einfache Drüsenhyperplasie Virchow's.

Die leukämischen Lymphdrüsentumoren (immer combinirt mit Veränderung der Blutbeschaffenheit).

Das maligne Lymphom Billroth's, jene raschwachsende Form, die früher unter den Begriff Pseudoleukämie, metastasirendes Lymphom, malignes Lymphosarcom gefallen ist.

II. Heteroplastische Formen, Lymphosarcome:

Die primäre Sarcomentwickelung in den Lymphdrüsen, wobei die Geschwulst von Anfang an aus dem Rahmen des Lymphdrüsentypus heraustritt und sich als etwas Selbstständiges, als Sarcom weiter entwickelt.

Das maligne Lymphom wird nach den bisherigen Erfahrungen und 20 sehr ausführlich mitgetheilten, bei Billroth beobachteten Fällen als eine Hyperplasie der Lymphdrüsen mit unbeschränktem Wachsthum charakterisirt, wobei jedoch im Ganzen immer der Typus des Lymphdrüsengewebes eingehalten wird. Die farblosen Elemente des Blutes sind in der Regel nicht vermehrt, können es aber unter gewissen Umständen sein. Befallen werden zuerst ganz circumscripte Drüsengruppen, gewöhnlich die Halsdrüsen einer Seite, welche unter einander durch den Lymphstrom in unmittelbarem Connex stehen.

Im weiteren Verlaufe können die Lymphdrüsen des ganzen Körpers und die nach dem Typus des Lymphdrüsengewebes angelegten Theile der inneren Organe (z. B. die Follikel der Milz) in Mitleidenschaft gezogen werden.

Metastasen nach inneren Organen, die ebenfalls wieder den Charakter des Lymphdrüsengewebes haben, sind dieser Geschwulstgattung ebenso eigenthümlich wie die Tendenz, nicht über den Mutterboden hinaus zu greifen und in Gewebe anderer Natur hineinzuwuchern. Im Gegentheil leidet ihre Umgebnng meistens nur durch Druck. —

Das Lymphdrüsensarcom besteht in der Entwickelung von Sarcomelementen primär in einer Lymphdrüse.

Es vergrössert sich vollständig unabhängig von der Lymphdrüse, greift weiter nach der Peripherie, lässt vielleicht die nächstgelegenen Drüsen intact und wuchert dafür mit ganz demselben unumschränkten Fortschreiten wie das Sarcom anderer Organe in die Nachbargewebe. Die Allgemeininfection, welche in den meisten Fällen, man kann sagen in der Regel, gerade die Lymphdrüsen freilässt, manifestirt sich durch Metastasen von entschiedenem Sarcomgewebe. Endlich hat das Sarcom in weit höherem Grade die Tendenz zu exulceriren und retrograde Metamorphosen einzugehen.

Die klinische Differentialdiagnose hat sich im Wesentlichen an die anatomischen Merkmale zu halten. Beim malignen Lymphom erkrankt in der Regel eine Gruppe von Drüsen aus demselben Gebiet zugleich — beim Sarcom geht die Erkrankung von einem viel circumscripteren Heerde aus und verbreitet sich von da in die Umgebung, die sie frühzeitig afficirt; es ist deshalb die Geschwulst in frühen Stadien bereits fixirt, während das Lymphom im Allgemeinen sehr beweglich ist.

Die längere Dauer des Leidens spricht im streitigen Falle eher für Lymphom, die Schmerzhaftigkeit mehr für Sarcom, die Affection von Drüsen an andern Körperstellen entschieden für Lymphom, das Auftreten von Geschwülsten an einem Theile des Körpers, an dem sich lymphatische Neubildungen in der Regel nicht finden, für Sarcom.

Verwachsung der Haut mit dem Tumor, oder Durchbruch derselben und Hervorwuchern der Geschwulstmassen ist, ebenso wie Zerfall der Geschwulst, ohne dass ein äusserer Eingriff hierzu Veranlassung gegeben hätte, charakteristisch für Sarcom.

Endlich wäre noch hervorzuheben, dass die malignen Lymphome mit ganz überwiegender Majorität in den Drüsen des Halses zu wachsen beginnen, dass also ein an anderer Stelle sich entwickelnder Tumor mehr Wahrscheinlichkeit für Sarcom darbietet.

Wilh. Koch (Berlin).

Siedamgrotzky. Zur Kenntniss der Milzbrandbacterien.

(Deutsche Zeitschrift f. Thiermed. u. vergl. Pathologie 1875. Bd. I. Hft. 4.)

Neben den bekannten stäbchenförmigen Gebilden, an welchen S. übrigens, wie schon Bollinger, eine zarte kurzcylindrische Gliederung wahrgenommen haben will, fand Verf. im Impfcarbunkel und Blut sogenannte Bacterienkeime, d. h. kleine kugelförmige Körperchen, welche besonders den Lymphzellen aufsitzen und, hier zu Stäbchen auswachsend, denselben bisweilen ein maulbeerförmiges oder morgensternartig geändertes Aussehen verleihen sollen. Beide, Stäbchen sowohl wie Keime sind unbeweglich. Bezüglich der Beziehungen dieser Gebilde zur Milzbranderkrankung hebt S. als das Resultat anderthalbjähriger Untersuchungen hervor, dass dieselben während des Lebens der inficirten Thiere im Blute nur in einzelnen Fällen und dann nur vereinzelt, dagegen constant in wechselnder Menge im Impfcarbunkel nachgewiesen werden konnten; dass ferner auch nach dem Tode dieselben in einzelnen Fällen im Blute nicht, dagegen stets in der Milz aufzufinden waren. Stäbchen können meist erst wenige Stunden vor dem Tode im Blute nachgewieseu werden, nie gelang es früher als 24 Stunden vor dem lethalen Ausgang. Aehnlich verhält es sich mit den Bacterienkeimen, die, wenn isolirt, nach S. kaum von äusseren Verunreinigungen unterschieden werden. Wie schon Bollinger erwähnt, scheint nach dem Tode die Entwickelung der Stäbchen schneller vor sich zu gehen; man findet stets mehr Bacterienkeime, wenn man die Section 24 Stunden nach dem Tode macht, als wenn sie unmittelbar p. m. erfolgt. Das constante, oft überreichliche Auftreten dieser Gebilde in der Milz erklärt S. so, dass die mit den Keimen besetzten farblosen Blutkörperchen in dem Filtrirwerk der Milz hängen bleiben und hier sich eher als an allen anderen Orten weiter eniwtckeln.

Versuche, die Milzbrandbacterien zu isoliren, misslangen dem Verf. Impfungen mit dem Filtrat des mit Kochsalzlösung versetzten Blutes und dessen Rückstande ergaben in beiden Reihen ein sehr variables und darum wenig brauchbares Resultat. Bei Impfungen mit ganzem Blut in die Haut von Kaninchen und Schweinen liessen sich nach 24 Stunden im Impfcarbunkel Bacterien nachweisen oder doch, wo diese noch zu fehlen schienen, stets Bacterienkeime. Allerdings sind nach S. die frei in der Flüssigkeit schwimmenden, kugeligen Gebilde weder zahlreich, noch prägnant über alle Zweifel erhaben. Ungleich reichlicher werden sie bereits nach 48 Stunden an der Impfstelle gefunden, so dass man dann bisweilen dichte, wurstförmige

Agglomerate von Stäbchen aus dem Gewebe auspressen kann. Die Ausbreitung der Bacterien hält jedoch mit der Weiterverbreitung des Carbunkels, die wesentlich im Unterhautzellgewebe, in der Richtung der abführenden Lymphgefässe, erfolgt, nicht gleichen Schritt; sie finden sich nie an der Peripherie der Anschwellung und anfänglich auch nur ca. 5 Mm. von der Impfstelle entfernt. Der Tod in Folge von Milzbrand trat bei den Thieren nur dann ein, wenn subcutan das Milzbrandblut eingespritzt wurde, ohne dass Verf. jedesmal Bacterien an der Impfstelle nachweisen konnte.

Für eine mechanische Wirksamkeit der Bacterien vermochte S. keine Beweise in seinen Versuchen aufzufinden; dagegen ist er geneigt anzunehmen, »dass dieselben Stoffe erzeugen, welche chemisch auf den Thierkörper einwirken«.

Arn. Hiller (Berlin).

Ceirafy. Ueber die Wirkung der Injection putrider Flüssigkeiten in die Lymphbahnen von Amphibien auf die Circulation in den Blutcapillaren.

(George's Hospital Reports. Vol. VII. p. 17.)

Verf. hat die Versuche über die Wirkung von Bacterien auf die Bestandtheile des Bluts und dessen Circulation in den Capillaren unter Klein's Leitung in der »Brown Institution« von Neuem aufgenommen und zieht aus seinen Versuchsreihen, die am Mesenterium von Bufo vulg. und der Schwimmhaut von Rana tempor. mit allen nothwendigen Cautelen angestellt wurden, folgende Schlüsse:

1) Die Injection putrider, animaler Flüssigkeit in die Lymphbahn von Amphibien ist von einer Entzündung gefolgt, welche von einer auf andere Weise hervorgerufenen Entzündung nur darin abweicht, dass sie schneller eintritt.

2) Grosse Dosen wirken direct giftig auf das Nervensystem und verursachen dadurch Herzparalyse und allgemeine Stase.

3) Die Anhäufung von weissen Blutkörperchen und die Bildung vom Thromben ist keine locale Wirkung der Bacterien auf die Gefässwandung oder auf das Plasma des Blutes oder auf die Blutkörperchen selbst, sondern einfache Folge 1) der Entzündung, 2) der Paralyse des circulatorischen Centrums, 3) der Insultation der Gefässwand durch Zug etc.

Die Details der Versuchsreihen müssen im Original eingesehen werden.

Pils (Stettin).

Z. Poupier. Action des alcalins sur la composition du sang. Recherches expérimentales sur la prétendue anémie alcaline.

(Compt. rend. 1875. T. 80. p. 1146—49.)

Im Gegensatz zu der ziemlich verbreiteten Anschauung, dass unter längerem Gebrauch von Alkalien Blutarmuth eintritt, weist P. mit

Hülfe der Methode von Malassez (s. Centralblatt 1874 No. 3) nach, dass wenigstens unter normalen Verhältnissen bei gesunden Menschen, wie auch bei Thieren (Hunden, Kaninchen, Hühnern) die Menge der rothen Blutkörperchen, das Körpergewicht und die Temperatur bei alkalischem Regime zunehmen. Anders ist es dagegen bei Krankheiten; hier zieht längere Zeit fortgesetzter Gebrauch von Alkalien Anaemie und Abnahme des Körpergewichts nach sich. Bemerkenswerth ist insbesondre ein Fall, betreffend einen 47jährigen Mann, der seit 18 Jahren täglich mindestens 16—20 Gramm Natr. bicarb. zu sich genommen hatte; nur zweimal, bei intercurrenten acuten Krankheiten von kurzer Dauer, war das Mittel ausgesetzt worden. Dieser Mann bot plethorischen Habitus, und kein Zeichen der häufig beschriebenen Anämie dar. Bei der vorgenommenen Zählung der rothen Blutkörperchen wurde eine Zahl gefunden, die den von Malassez auf Grund zahlreichen Bestimmungen berechneten Mittelwerth, noch um ein Geringes übersteigt. Dagegen zeigte es sich, dass mit dem Auftreten eines mit Fieber verbundenen Zustandes ihm das Natr. bicarb. nicht bekam und gewissermassen instinktmässig Widerwillen erzeugte. So lassen sich die scheinbar widersprechenden Erfahrungen der klinischen Beobachtung vereinigen und den Alkalien ihre gesicherte Wirkung bewahren. Wie sie unter normalen Verhältnissen den Stoffwechsel anregen (Vermehrung der Körpertemperatur und des Gewichtes), so setzen sie diese Wirkung auch bei fieberhaften Processen weiter fort, hier allerdings zum Nachtheil des schon an und für sich in stärkere Oxydation versetzten Organismus. In fieberhaften Zuständen ist somit längerer Gebrauch von Alkalien besonders in grossen Dosen contraindicirt. **J. Munk** (Strassburg i/E.).

M. Salkowsky. Ueber die antiseptische Wirkung der Salicylsäure und der Benzoësäure.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 22.)

Verf. hat Experimente angestellt, aus welchen hervorgeht, dass Salicylsäure bei Zusatz zu eiweisshaltigen Substanzen (Infusen von gehacktem Fleisch) die Fäulniss aufschiebt, dass dieselbe aber mit dem allmälig eintretenden alkalisch Werden des Gemisches doch erfolgt. Eigenthümlicher Weise zeigte sich in dem Falle keine weitere Fäulniss, noch Auftreten niederer Organismen, in welchem S. intensiv faulende Ascitesflüssigkeit zugesetzt hatte, um besonders günstige Verhältnisse für Fäulnissentwickelung zu schaffen. Diese faulige Zusatzflüssigkeit war $2^1/_2$ Jahre alt und liess mikroskopisch keine Bacterien entdecken. Alle Gemische mit gesättigter Salicylsäurelösung gingen in etwa 12 Tagen in Fäulniss über, die mit der genannten Zusatzflüssigkeit versetzten gar nie, auch nicht bei einem Gehalt von nur 0,25 % Salicylsäure. — Desodorirende Eigenschaften besitzt die Salicylsäure nach S. nicht. Ihre Wirkung kommt nicht, wie Kolbe vermuthet, durch Spaltung in Carbolsäure und Kohlensäure zu Stande.

Sie ist in weit geringerer Concentration, als Carbolsäure wirksam und lässt sich aus Fäulnissgemengen durch Extraction mit Aether leicht wieder darstellen, Carbolsäure dagegen nicht nachweisen. — Weit stärkere antiseptische Eigenschaften als die Salicylsäure besitzt die Benzoësäure. Binnen 3 Monaten trat in einem Infus von Fleisch gar keine Fäulniss hier ein. Sowohl die aus Harz gewonnene, als die aus Pferdeharn dargestellte Benzoësäure zeigten gleiches Verhalten. Die Benzoësäure empfiehlt sich durch geringen Preis. Innerlich sind beide Stoffe als Antiseptica zu verwerfen, da sie bei ihrer Aufnahme in's Blut in die unwirksamen Natronsalze übergehen. Als Antiseptica empfiehlt Verf. schliesslich ausser Phenol dessen Substitutionsproducte: Thymol, Chlor- und Brom-phenol. **v. Mosengeil** (Bonn).

J. Chiene. Die Wundheilung durch »Blutgewebe«.

(The Lancet. 1875. Vol. II. p. 47.)

Die beobachtete Organisatoin von Blutcoagulis in Wunden, die streng nach Lister behandelt worden sind, brachte Ch. auf den Gedanken, die offenen Wunden behufs der Heilung speciell mit Blut auszufüllen. Der mitgetheilte einschlägige Fall betrifft eine dreieckige Wunde an der Ferse, deren jeder Schenkel $1^1/_4''$ lang und welche selbst $^1/_2''$ tief war. Die beobachteten Veränderungen (unter Lister's Verband) waren kurz folgende: am 6. Tage erschien die gallertartige Masse noch dunkel gefärbt, war am 12. fester und dunkelbraun und lieferte beim Bekratzen der Oberfläche keine Blutung, am 16. stiess sich eine oberflächliche Schicht in der Dicke der benachbarten Hornschicht ab; jetzt erfolgte auf leichtes Kratzen im Centrum Blutung und das frisch entstandene Coagulum machte dieselbe Metamorphose durch. Am 30. Tage war die frühere scharfe Abgrenzung des gesunden Hornepithels verschwunden und dafür Epithelbildung an den Ecken des Coagulums vorhanden; am 34. Tage war die frühere Coagulum-Oberfläche mit einer Epitheldecke überzogen. —

Pilz (Stettin).

C. Méhu. Analyse des calculs intestinaux.

(Robin's Journ. de l'anat. et de la phys. 1875. No. 3. p. 325.)

Unter furchtbaren Beschwerden waren von einem Kranken 3 Darmsteine entleert worden. Zwei von diesen wogen $15^3/_4$ grammes; aussen waren sie braun gefärbt, wie Cacaosaamen, auf dem Durchschnitt schwarzbraun. Besonders beim Trocknen entwickelten sie einen starken Faecalgeruch. Auf 100° C. getrocknet wurden sie ganz geruchlos und verloren gleichzeitig die Hälfte ihres Gewichtes. Gallenfarbstoff oder Derivate desselben waren nicht nachweisbar. An Asche enthielten sie 39% vom Trockengewicht. Von organischen Bestandtheilen lieferten sie überwiegend in Chloroform und Aether übergehende neutrale Fette, etwa 18%; ausserdem etwa 36% organischer, in Alkohol,

Aether, Chloroform und Ammoniak unlöslicher Substanz (ein grosser Theil der letzteren dürften wohl an Kalk gebundene Fettsäuren sein, die reichlich in den Faeces vorkommen und erst nach Säurezusatz in den Aether übergehen; an diese Möglichkeit scheint M. nicht gedacht zu haben; Ref.). Von unorganischen Bestandtheilen fanden sich: dreifach phosphorsaurer Kalk zu 36,2%, kohlensaurer Kalk zu 1,2% Kochsalz und alkalische Salze 1,4% und Kieselsäure 0,2%. Die Procentangaben beziehen sich auf das Trockengewicht der Steine.

J. Munk (Strassburg i/E.).

Münchmeyer. Einiges über die Urticaria.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 20.)

Aetiologisch ist nach M. die Urticaria entweder auf rein äusserliche Initamente der Haut oder auf innere Vorgänge im Organismus zurückzuführen. Bei beiden Fällen die gleiche Quaddel, eine scharf umschriebene, platte, anämische, oft röthlich geränderte Erhabenheit der Haut, eine local beschränkte Exsudation in das Cutisgewebe. Bei einer Quaddel, die Verf. durch Brennnesselstich in der geschorenen Cutis eines Kaninchens hervorrief, waren die Capillaren durch die Exsudation comprimirt. Dass Transsudation aus den feinsten Gefässen dabei vorliegt, wird dadurch (?) bewiesen, dass bisweilen bei der Rapidität des Processes nicht nur Flüssigkeit, sondern auch Formelemente (rothe Blutkörperchen) durch die Interstitien der relaxirten Gefässwandung durchtreten (Urticaria hämorrhagica). — Bei vom Verf. an sich selbst vorgenommenen subcutanen Injectionen von destillirtem Wasser sah er öfter plötzlich oberhalb der Injectionsstelle (10—12 Ctm. davon) juckende Urticaria entstehen. Er will dies durch Anstechen eines Lymphgefässes und plötzliche Ueberfüllung der Lymphbahnen erklären, nicht aber durch Hineintreiben der Injectionsflüssigkeit in die Cutis. Die scharf begrenzte Ränderung der Pomphi soll sich durch Reizzustände der organischen Muskelfasern der Cutis ergeben. — Ferner theilt Verf. einen eigenthümlichen Fall mit, in welchem bei einem Soldaten, so oft er sein Gesicht einem scharfen, kalten Winde aussetzte, 3 grosse Quaddeln auf Wangen und Kinn entstanden. Er nimmt hier zur Erklärung keine reflectorische Gefässerweiterung, sondern directe Reizwirkung an. Für die nicht auf äusseren Reiz entstehenden Urticarien nimmt M. an, dass sie eben Theilerscheinung der eigentlichen Erkrankung seien. — Bei Aufzählung der ätiologisch unterschiedenen Formen beginnt Verf. mit Urticaria febrilis (Scarlatina, Morbillen, Nesselausschlag etc.). Eingefügt ist die Beschreibung eines Gastrokatarrhes mit starkem Fieber und einer flüchtigen Urticaria-Eruption, wobei sich um den Nabel concentrisch wachsend ein Pomphus bildete, der die ganze Bauchhaut bedeckte. Die gemeinschaftliche Ursache aller derartigen Urticarien sucht Verf. in Reizung der Nervenendigungen in den Schleimhäuten und reflectorisch darauf folgender vasomotorischer Affection (evident

bei Urt. ab ingestis). Die für das Zustandekommen der Urticaria im Allgemeinen so bedeutungsvolle Idiosynkrasie einzelner Individuen wäre damit freilich noch nicht erklärt. **v. Mosengeil** (Bonn).

P. F. da Costa Alvarenga. Do silicato de Potassa no tratamento da Erysipela etc.

(Memoria der Akademie d. Wissenschaften zu Lissabon 1875. 4. 180 S.)

Das Mittel soll ein oder mehrere Mal täglich auf die erysipelatösen Stellen mit dem Pinsel aufgestrichen werden, entweder pur oder mit Wasser zu gleichen Theilen oder im Verhältniss von 1 : 11 vermischt. Je concentrirter die Lösung, desto rascher, nach A., der Erfolg. Es werden 48 Beobachtungen aus Lissabon und 7 aus Rio de Janeiro mitgetheilt und empfiehlt Verf. das kieselsaure Kali als wirksamstes und durchaus billiges Mittel bei erysipelatösen Affectionen. (In Deutschland bereits mehrfach angewandt; auch zu Injectionen in die Blase bei Katarrhen. Red.) **Ullersperger** (München).

Bigelow. Die corpora cavernosa der Muschelbeine.

(The Boston med. and surg. Journal 1875. p. 489.)

Vielfach wird bei der Schwellung der Schneider'schen Schleimhaut der Nasenhöhle von venöser Congestion, ausgedehnten Venen, Sinus artigen Venen, Venenplexus etc. gesprochen; dennoch sind diese Bezeichnungen alle nicht zutreffend, sondern es findet sich hier nach B. wirklich erectiles, cavernöses Gewebe. Die Differenz des collabirten und ausgedehnten Gewebes ist am Besten an der unteren Muschel zu erkennen, aber auch über derselben und am Septum vorhanden, woselbst dieselbe noch bis $^1/_4$" betragen kann. Die genauere Untersuchung ergiebt echtes, cavernöses Gewebe, dessen Hohlräume ziemlich gleich gross, dicht an einander gelagert, durch unregelmässige Oeffnungen mit einander communiciren, während schmale Bänder und Quersepta ihre Wandungen verbinden. Die Wandungen selbst bestehen aus Bindegewebe mit einzelnen eingestreuten muskulösen und elastischen Elementen. 6 beigegebene gute Abbildungen illustriren diese makroskopischen und mikroskopischen Verhältnisse, die gewiss vollste Berücksichtigung verdienen. **Pilz** (Stettin).

Schwarz. Bemerkungen zur Ligatur der Lingualis bei Cancroid der Zunge.

(British med. Journal. 1875. Vol. I. p. 34.)

Nach Angabe der allgemeinen Indicationen zur Ligatur der Lingualis, Blutungen aus Cancroiden der Zunge und als Vorakt vor Exstirpationen derselben, verweilt S. besonders bei der Anwendung der



Ligatur zur palliativen Besserung des bestehenden Cancroids, nennt hierauf sich beziehend einige französische und englische Operateure und verweist besonders auf die bekannte Arbeit von Demarquay in den Archives gén., der unter 12 Ligaturen 8 zur Wachsthums-Hinderung resp. Verminderung angewandt, registrirt hat. Während aber D. und die meisten ihm folgenden Operateure stets die beiderseitige Ligatur machten, räth Schwarz auf neuere Erfahrungen gestützt, die einseitige Ligatur auszuführen, sobald das Cancroid nur am Rande sich befinde oder auch die Mittellinie noch nicht überschritten habe. Stets soll nach der Ligatur das Aussehen des Cancroids sich bessern, die jauchige Absonderung sich mindern, die Schwellung der Theile nachlassen, die Beschwerden beim Schlucken und Kauen geringer werden und der Appetit sich heben; die locale Affection und die Infiltration der Drüsen schreite langsamer fort.

Drei ausführliche als Beleg angeführte Krankengeschichten erstrecken sich leider nur über wenige Wochen. **Pilz** (Stettin).

P. Sommerbrodt. Ueber zwei seltene Deglutitionshindernisse mit Bemerkungen über die granulöse Erkrankung des Schlundkopfes.

Vortrag gehalten in der medicin. Section der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 24 u. 25.)

Bei einem 68jährigen Pat. seit einem Jahre stetig gesteigerte Schlingbeschwerden. Die Schlundsonde, etwa 20 mal eingeführt, traf im obersten Theil der Speiseröhre einen Knoten, an dem beim Ausziehen der Sondenknopf schwierig passirte. Schliesslich kann nur flüssige Nahrung verschluckt werden. Die hintere Pharynxwand im Niveau der Zunge vorgewölbt. Laryngoskopisch eine runde Vorwölbung zu sehen, welche die hintere Partie der Rima glottidis und die Gegend der Arytaenoidknorpel verdeckt und die ganze Breite des Pharynx einnimmt. Palpatorisch ist diese Erhabenheit, welche den Larynxeingang zum Theil, den zum Pharynx fast ganz verlegt, gleichmässig hart, dabei schmerzlos. Nirgends Drüsenschwellung, Larynx auf Druck von aussen schmerzlos, der vordere obere Winkel des Schildknorpels stark vortretend. Bei Entkleidung des Patienten findet sich starke Kyphose im obersten Theil der Brustwirbelsäule und compensirende Lordosis der Halswirbel; die Vorwölbung ist durch die nach vorn gedrängten Wirbelkörper bedingt. William Adams giebt (Lectures on the Pathology and Treatment of lateral and other forms of curvature of the spine, London 1875) einen ähnlichen Fall an. — Da Combination der Lordosis und Kyphosis zusammen mit seitlicher Verkrümmung häufiger vorkommen, als sie rein für sich bestehen, so wird in diesen Fällen, wie Verf. hervorhebt, der Oesophagus seitlich ausweichen und die Cervicallordose kein Deglutitionshinderniss abgeben.

In einem zweiten Falle handelte es sich um eine spastische Strictur des Oesophagus bei einem jungen Mädchen. Es war eine hochgradige Pharyngitis granulosa vorhanden. Durch Berührung der erkrankten hinteren Pharynxwand mit den Speisen wurde reflectorisch ein Krampf des unteren Rachenschnürers ausgelöst. Die locale Bepinselung der afficirten Partie mit der von Mandl in Paris empfohlenen Lösung von Jod und Carbolsäure in Glycerin brachte sofort Besserung und nach 3 Wochen Heilung.

In der Litteratur hat nur Green in New-York drei ähnliche Fälle verzeichnet. Statt der spastischen Stricturen hat aber Sommerbrodt selbst vielfach Hustenaffecte bei Pharyngitis granulosa beobachtet, welche bei langem Bestand theilweise schon Tuberkulose vortäuschten und meist schnell zu heilen waren. Als bestes aller von ihm erprobten örtlichen Heilmittel wird obige Mandl'sche Bepinselung (Jodi puri, acid. carbol. ana 1. Kal. jod. 2. Glycerin 100. empfohlen). In den letzten 2 Jahren hat er dieselbe ausschliesslich, und zwar bei 168 Pat. mit Erfolg angewandt. **v. Mosengeil** (Bonn).

T. Keith. IV. Serie von 50 Ovariotomien.

(British med. Journ. 1875. Vol. I. p. 836.)

Nachdem K. im Lancet 7. Sptbr. 1867 die erste Serie, 20. Aug. 1870 die zweite und 16. Nov. 1872 die dritte veröffentlicht hat, giebt er jetzt seine vierte. Die Mortalität betrug in der ersten 11 Todesfälle, in der zweiten 8, in der dritten 8 und in der vierten 6 Todesfälle. (In der letzten Zeit hat er 4 Mal diagnosticirte Cysten des breiten Mutterbandes, die er wahrscheinlich früher durch Operation entfernt hätte, durch Punction geheilt.)

Unter den letzten 50 Fällen sind 2 Operationen nicht vollendet worden; von allen Operirten starben 6 an Pyämie und unter diesen befanden sich 2 mit malignen Geschwülsten und war einmal die Bauchhöhle drainirt worden. Nach seinen Eafahrungen räth K. durchaus zur Kauterisation des zu versenkenden Stieles.

Was die Ovarialgeschwülste anlangt, so waren 7 solide, maligne Geschwülste; in 3 Fällen wurden fibro-cystisch entartete Ovarien sammt Uterus entfernt (cfr. Centralblatt f. Chir. 1875, No. 33); nur in 9 Fällen bestanden keine Adhäsionen, dagegen in der Mehrzahl derselben sehr ausgedehnte; in 4 Fällen wurden acut suppurirende Cysten, 3 mal beide Ovarien entfernt; einmal wurde die Ovariotomie im 5. Monate der Schwangerschaft erfolgreich ausgeführt. Die Operirten standen im Alter von 20—67 Jahren, darunter 22 im Alter zwischen 20—30 Jahren. **Pilz** (Stettin).

B. Emmert. Repetitorium der chirurgischen Verbandlehre.

Bern 1875. **Jent** und **Reinert.**

In einer für das Examen bestimmten Zusammenstellung wird ein Schema der Verbandlehre gegeben, das der Lehrer ausfüllen, der mit den Verbänden selbst und der Technik Vertraute repetiren kann.

Verbandmaterial (weiche, feste, erhärtende Stoffe), Eintheilung der Verbände nach allgemeinem Zweck, Aufzeichnung derselben nach der Körperlocalität und specielle Verbände bei Fracturen sind die den Inhalt bildenden Rubriken. **v. Mosengeil** (Bonn).

S. Lee. Geschichte einer Hüftverrenkung.

(George's Hospital Reports Vol. VII. p. 169.)

Verf. war in der seltenen Lage folgende Untersuchung machen zu können. Ein 45jähriger Eisenbahnwärter fiel, durch einen Wagenpuffer gestossen, auf die rechte Seite; das rechte Bein konnte der sehr angegriffene Pat. nicht mehr bewegen. Alsbald in das Hospital gebracht, erkannte man an dem collabirten Manne eine Luxation des Oberschenkelkopfes nach hinten, es fehlte aber Adduction und Verkürzung des Beines; am 2. Tage erfolgte der Tod. Es fand sich: der Schenkelkopf direct hinter der Pfanne unter dem Musc. pyrif., die Gelenkkapsel bis auf einen kleinen Rest, an der Vorder- und Hinterseite dem Femur ansitzend, gänzlich zerrissen; das lig. teres aus dem Schenkelkopf ausgerissen, an der Pfanne aber erhalten. Bei der weiteren Präparirung sah man die das Gelenk umgebenden Muskeln stark gedehnt, aber nicht zerrissen, der Gelenkknorpel des Schenkelkopfes normal. Bei den nun angestellten Repositionsversuchen gaben die Muskeln das Repositionshinderniss ab. Hieran anschliessend giebt Verf. die wenig bekannt gewordenen anatomischen Befunde nicht reponirter Hüftgelenksluxationen von A. Cooper, Scott, Billard und Quain, von denen der instructivste letzte Fall hier wiedergegeben werden soll. Der Kopf stand ebenfalls dicht hinter der Pfanne unter dem Musc. pyrif., umgeben von einem Blutergusse; der Musc. glut. max. war normal, die Fasern im hinteren Theile des im Uebrigen erschlafften Musc. glut. med. eingerissen, der Musc. pyrif. leicht gedehnt, die Mm. gemelli und obturat. ext. in äusserster Spannung; wirklich verletzt war der letztere und der Musc. quadrat. fem. Das Kapselband war am inneren und unteren Theile eingerissen, das lig. teres am Schenkelkopfe abgerissen, ebenso der Pfannenrand abgebrochen. **Pils** (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

J. Lane. Aneurysmatische Erweiterung der Occipitalis. Ligatur der Carotis.

(British med. Journal 1875. Vol. I. p. 635.)

Ein 37jähriger Mann erlitt durch Fall auf das Fussbrett eines Omnibus eine kleine Wunde in der linken Parietalgegend, 4″ über dem proc. mastoid. Derselbe, anfangs durch den Blutverlust ohnmächtig geworden, erholte sich bald und konnte nach geschehenem Verbande allein nach Hause gehen. Am folgenden Tage schon empfand Pat. Sausen und Klopfen im linken Ohre, das immer stärker wurde, ihn zuletzt seine Arbeit ganz aufgeben liess und sogar am Schlafen hinderte. Obwohl jetzt nach 4 Monaten keine äussere Schwellung bestand, hört man doch mit dem Stethoskop ein ausserordentlich lautes Geräusch und fühlt deutlich Pulsation am proc.

mast.; hier und auf die Carot. comm. angewandte Digitalcompression lassen alle objectiven und subjectiven Erscheinungen verschwinden. Instrumentalcompression durch 6 Wochen scheint die Erscheinungen tilgen zu wollen, mit ihrem Nachlasse treten die alten Erscheinungen wieder auf und nehmen schnell zu. Deshalb wird zur Ligatur der Carot. comm. geschritten und dieselbe 1″ unter der Theilungsstelle mit Catgut ohne jede nachtheilige Folge ausgeführt; Eiterung an der Unterbindungsstelle besteht eine Zeit lang. Die ersten 3 Tage sind alle Erscheinungen von Seiten des Aneurysma gehoben, dann ist wieder ein schwaches Geräusch zu hören, welches durch Compression hinter dem proc. mast. schwindet; Puls in der tempor. und facial. fehlt noch. Da es wahrscheinlich ist, dass in der Art. cervic. prof. die Collateral-Bahn gegeben ist, so wird eine Nadel unter ihr hindurchgeführt und durch umschlungene Nath das Gefäss auf ihr comprimirt; der Effect war anfangs zufriedenstellend, später aber konnte man durch das Stethoskop ein Geräusch in der Occipitalis wahrnehmen. Die Hoffnung, dass die consecutive Entzündung noch weitere Hülfe bringen würde, wurde wirklich realisirt, indem Pat. bald nicht mehr das Sausen resp. Pulsiren wahrnahm. Dasselbe war nach $^1/_2$ Jahr auch objectiv geschwunden und nach Jahresfrist noch nicht wiedergekehrt. **Pils** (Stettin).

M. Schmidt. Mittheilungen aus der chirurgischen Casuistik.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 1. p. 186—194.)

1. Extraction eines Fremdkörpers aus der Trachea von oben her.

Ein 27jähriger Mann hatte 19 Monate vor der Operation ein Knochenstück verschluckt, welches, wie die tracheoskopische Untersuchung ergab, unter der Mitte der Luftröhre in sagittaler Richtung sass. Nach wiederholten misslungenen Versuchen gelang die Entfernung mittelst einer gewöhnlichen Kehlkopfpolypenzange, welche durch die Glottis eingeführt wurde und den Fremdkörper in 2 Stücken bis zu den Stimmbändern emporhob. Von hier aus wurde er mit Leichtigkeit ausgehustet. —

Sehr leicht war die Extraction eines 114 Mm. langen Fischbeinstäbchens, welches sich ein Mädchen durch eine unterhalb des Ringknorpels belegene Trachealfistel behufs Entfernung festsitzenden Schleims eingeführt hatte. Dasselbe erschien bei jedem Hustenstosse in der Trachealöffnung und konnte hier leicht gefasst werden.

2. Totalexstirpation des Kehlkopfs mit ungünstigem Ausgange.

Bei einem 56jährigen Viehhändler entwickelte sich aus einem Geschwür des rechten Stimmbandes ein fibröser Krebs, der nach $2^1/_2$ Jahren bereits das ganze Kehlkopfsinnere ausfüllte und trotz energischer Aetzungen weiter um sich griff.

Seine Ausrottung mit dem Messer gestaltete sich ungewöhnlich schwierig durch eine erhebliche Blutung, durch die Unmöglichkeit, den Kehlkopf mit Zangen nach unten zu ziehen und durch die Schwierigkeit, das Knorpelgewebe von nachbarlichem hartem Bindegewebe zu unterscheiden, welches sich in Folge einer früheren Tracheotomie um den Larynx und die oberen Trachealringe entwickelt hatte. Tod am 5. Tage. Keine Section. **Wilh. Koch** (Berlin).

Th. Sidlo. Ueber einen seltenen Fall von Glottis-Stenose.

(Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 26, 27 u. 29.)

Ein Infanterist hatte vor Jahren rechterseits Bruststechen gehabt, spielte später ein Blasinstrument und erkrankte zuletzt an Husten, Heiserkeit und Schlingbeschwerden. Bissen und selbst Flüssigkeiten seien ihm im Halse stecken geblieben, hätten Erstickungsanfälle hervorgerufen, bis sie durch Husten und Brechen wieder entfernt worden. Schmerz sei nie dabei vorgekommen. Die Dyspnoë steigerte sich, Cyanose trat ein und alle Symptome einer Larynxstenose. Zugleich war recente Spitzeninfiltration vorhanden. Bei Inspirationen zeigte sich ein motus perversus der Stimmbänder, indem diese sich mehr oder minder beim Inspiriren schlossen. Der Grund lag in Lähmung der Glottiserweiterer und Wirkung der Antagonisten. Nachdem andere Behandlung, Electricität etc. vergeblich versucht worden, nahm S. Kathete-

risationen vor, und es gelang, die rima glottidis zu erweitern und alle Erstickungsgefahr zu beseitigen, in der Pat. bis dahin beständig geschwebt hatte.

Allein Pat. ging dennoch kurze Zeit darauf an Pneumonie zu Grunde. Die Section erwies eine Narbe an der hinteren Wand des Larynx, wo durch starke Constriction des Narbengewebes die Aryknorpel bis zur Juxtapposition an einander gerückt waren. — Parallelfälle (von Gerhardt, Riegel u. A.) werden angeführt.

v. Mosengeil (Bonn).

Rickman. Traumatische Strictur der Speiseröhre beim Kinde.

(The Lancet 1875. Vol. I. p. 583.)

Während neuere englische Schriftsteller vom Gebrauche der Schlundsonden zur allmäligen Dilatation bei Stricturen der Speiseröhre abrathen, fand R. diese Behandlung bei einem jungen Kinde so erfolgreich, dass er sich zur Publication des Falles gedrängt fühlt.

Ein vierjähriges Mädchen hatte Essigsäure genossen, es folgte heftige Halsentzündung, später erschwertes Schlingen; jetzt konnten feste Speisen nicht mehr geschluckt werden. In der Narkose zeigte sich eine, im oberen Drittel des Oesophagus belegene Strictur, die für eine elastische Schlundsonde durchgängig war, welche nur die Stärke eines englischen Katheters No. 6 hatte. Nachdem man anfangs jeden 2. resp. 3. Tag in der Narkose bougirte, wurde später alle Wochen einmal eine Schlundsonde eingeführt; nach 5 Monaten konnte schon No. 19 durchgeführt werden. Jetzt ist das früher elende, blasse, abgemagerte Kind wohl, frisch, gut genährt und kann bequem feste Speisen geniessen. **Pilz** (Stettin).

Borland. 2 Fälle von Sternum-Fractur.

(The Boston med. and surg. Journal 1875. p. 492.)

Bei der Seltenheit dieser Fälle — nach Malgaigne wurde im Pariser Hôtel-Dieu innerhalb 11 Jahren nur 1 Fall, im Lond, Middlesex Hospital unter 1901 Fractur dieselbe nur 2 mal beobachtet — giebt B. 2 eigene Beobachtungen. Die erstere reiht sich den sehr seltenen Fällen, von directer Muskelwirkung im Gebäracte an, von welchem Chaussier 2, Compte und Martin, Lucchetti und Porta je eine gesehen haben; die letztere entstand angeblich durch Contre-coup.

1. Eine unverheirathete, 19 Jahr alte Person vor 6 Tagen normal entbunden, zeigte am 5. Tage ihres Spitalaufenthaltes eine deutliche Sternum-Fractur im unteren Theile desselben; die darüber liegende Haut starb ab, es folgt schlechte Eiterung und am 12. Tage trat der Tod ein.

2. Zwei Brüder arbeiteten auf einem 40′ hohen Gerüst, dasselbe gab nach, sie stürzten hinab, beide lagen besinnungslos da: der eine in vollen Krämpfen ohne weitere Verletzungen, am 4. Tage war Pat. wieder wohl auf; der andere lag mit vorgebeugtem Körper und zeigte eine Vorwölbung des Nackens; es war das Brustbein quer an der Verbindungsstelle des Körpers und Handgriffes gebrochen und das obere Ende hinter das untere dislocirt. Eine andere Verletzung war am ganzen Körper nicht aufzufinden, deshalb glaubt B. die Ursache der Fractur in der Wirkung des Contre-coup zu sehen; Pat. genas. **Pilz** (Stettin).

Wacques. Abscès lombaire déterminé par un corps étranger (calcul?)

(Archives méd. belges 1875. Hft. 5.)

Bei der Eröffnung eines unter der lebhaftesten Schmerzempfindung sich langsam entwickelnden Abscesses in der rechten Lumbalgegend, fand man nach Abfluss des Eiters in der Tiefe eine runde, bohnengrosse Concretion von phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk mit Spuren von Cholestearin, Eisen und organischer Substanz, welche, zwar unbekannten Ursprungs, als der Ausgangspunct der Abscedirung angesprochen wird. **Arn. Hiller** (Berlin).

R. F. Weir. Lumbo-Colotomy. Stricture of colon.

(New York med. Journal 1875. Bd. XXI. Hft. 4. p. 414.)

Bei einer Frau, die an einer oberhalb der Mitte des colon transversum gelegenen Strictur litt, wurde die Lumbo-Colotomie gemacht. Tod einen Tag später.

Bei einer einige Zeit (wann?) vor der Operation vorgenommenen, manuellen Rectalexploration war es möglich, über die flexura sigmoidea aufwärts zu gehen und mit den Fingerspitzen die rechte Niere zu berühren. Bei der Autopsie fand sich zwar keine Verwundung des Mastdarms, aber eine bis zum Anfang der flexura sigmoidea reichende Ecchymose. Das Peritoneum an der Uebergangsstelle vom uterus zur vorderen Mastdarmwand war oberflächlich eingerissen.

Madelung (Bonn).

F. N. Otis. Case of longstanding grave reflex disturbance associated with urethral constrictions etc.

(New York med. Journal 1875. Bd. XXI p. 152.)

Bei einem 50jährigen, an hypertrophischer Phimose leidenden Arzt entwickelte sich wahrscheinlich nach Follicularulceration der Harnröhrenschleimhaut Urininfiltration und Fistelbildung im Hodensack. Nach $5^1/_2$ jährigem Bestehen derselben Bildung zahlreicher Abscesse am Scrotum und Rücken des penis mit Durchbruch des Eiters nach aussen. Entzündliche Paraphimosis. Bildung von Urethralfisteln. Heftige, hauptsächlich Nachts auftretende Schmerzen, die vom penis nach dem Oberschenkel und selbst bis in die Fersen ausstrahlen. Dem auf's Aeusserste geschwächten Pat. wurden mehrfache verengerte Stellen der Harnröhre gespalten und erweitert. Heilung der Abscesse. Sofortiger Nachlass der Schmerzen.

Madelung (Bonn).

Burnham. Entfernung des Steissbeins wegen Coccygodynie. Heilung.

(The Boston med. and surg. Journal 1875. p. 613.)

Die jetzt 44 Jahr alte unverheirathete Nätherin fiel angeblich im 15. Lebensjahre heftig auf das Kreuz- und Steissbein; der anfangs starke Schmerz mässigte sich in den letzten Wochen ohne ganz zu erlöschen. Nach etwa 4 Jahren traten die heftigsten neuralgischen Schmerzen in den Beckenorganen, besonders im Mastdarm und After auf; die Defäcation und das Sitzen verursachten viele Schmerzen. Da innerliche Medication nicht zum Ziele geführt, die Untersuchung hochgradigste Empfindlichkeit des os coccygis, dessen Wirbel einen rechten Winkel bildeten, nachwies, so wurde dasselbe ohne besondere Blutung mit Messer und Knochenscheere entfernt. Nach 6 Wochen Heilung; die Schmerzen sind gänzlich geschwunden, der After-Schliessmuskel ist normal thätig. Das Allgemeinbefinden hat sich wesentlich gehoben. **Pilz** (Stettin).

Meusel. Eine Kniegelenksresection nach Schussverletzung.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 20.)

Ein Revolverschuss fast au bout portant abgegeben, war $^1/_4$ Zoll unter der Patella mitten durch das Lig. pat. in die Tibia eingedrungen. Kugel sass fest eingekeilt. Gelenk frei beweglich, nicht schmerzhaft, ohne Schwellung. Im Gypsverband nach 6 Tagen Schwellung, am 8. Tage Temp. 40° und Eiterung im Schusskanal. Am folgenden Tage Resection der oberen Tibia- und unteren Femurpartie; Patella und Perone unverletzt gelassen. Mit der Kugel Hosenzeug entfernt. In der achten Woche solide Vereinigung zwischen Ober- und Unterschenkel. Resectionsschnitt quer durch Lig. pat. Verkürzung 5 Ctm. Parallelfall von v. Nussbaum 1870 resecirt und von M. nachbehandelt, wird erwähnt, wobei 6 Ctm. Verkürzung. — **v. Mosengeil** (Bonn).

Berichtigung:

In No. 32, p. 503, Zeile 12 v. u. lies: Haller statt Koller.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Halle a. S. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 36. **Sonnabend, den 4. September.** **1875.**

T. Morton. Statistical Account of the cases of amputation performed at the Pennsylvania Hospital from Jan. 1. 1870 to Jan. 1. 1875; with a general summary of the Mortality ollowing this Operation in that Institution for forty-five years.

(The American Journal of med. sciences 1875. April.)

Von den 152 Amputationen, welche von 1870—1874 incl. an 151 Pat. vorgenommen wurden, endeten 41 tödtlich (27 %). 116, darunter 1 Doppelamputation, waren primär (innerhalb der ersten 24 Stunden ausgeführt): 81 heilten, 34 starben (29 %); 5 waren secundär: 3 heilten, 2 starben (40 %); 29 betrafen chron. Fälle: 23 heilten, 6 endeten tödtlich (26 %); 2 primär Amputirte wurden von den Angehörigen nach der Operation mitgenommen.

Die Vertheilung der Operationen und Todesfälle auf die einzelnen Gliederabschnitte übergehen wir, da sie in der nun folgenden Ge-

sammtstatistik der letzten 45 Jahre wiederkehrt. Zu dieser Zusammenstellung benutzte Verf. sowohl die im Americ. Journal veröffentlichten Statistiken von G. Norris und dessen Angaben in den Pennsylvania Hospital Reports, als auch die eigene im Octoberheft dieses Journals von 1870 mitgetheilte Statistik der Jahre 1860—1870.

Sie umfasst 902 Amputationen an 896 Patienten. Hiervon wurden 663 geheilt, 230 starben (25 %), 3 verliessen nach der Operation das Hospital. 618 Amput. waren primär: 460 heilten, 155 starben (25 %); 95 waren secundär: 55 heilten, 40 starben (42 %); 183 betrafen chronische Fälle: 148 heilten, 35 starben (19 %). Von den 230 Todesfällen trafen 59 innerhalb der ersten 5 Tage, 32 zwischen dem 5. und 10., 139 nach dem 10. Tage ein. Die Todesfälle vertheilen sich sehr verschieden auf die einzelnen Monate, so zwar, dass auf Januar 11, Februar 15, März 15, April 16, Mai 27, Juni 25, Juli 29, August 22, September 19, October 21, November 11 und auf December 19 fallen.

Verf. glaubt, es hänge dies mit der Ventilation der Krankensäle zusammen, welche in den Wintermonaten durch die Heizung und künstliche Luftzu- und Abfuhr weit ausgiebiger sei, als im Frühjahr, Sommer und Herbst, wo man sich nur mit dem Oeffnen der Fenster begnüge. Eine von E. Richardson ausgeführte Zusammenstellung der im Hospital von 1850—1874 incl. überhaupt vorgekommenen Todesfälle (2015 an der Zahl) habe zudem ergeben, dass Februar und November die niedrigste Nummer der Sterbefälle tragen, dass die Sterblichkeit von Mai bis September stets steige, dass Juli und August immer die doppelte Zahl aufzuweisen haben, als Februar. [Ohne die Richtigkeit dieser Schlussfolgerung bezweifeln zu wollen, scheint mir für eine derartige monatliche Mortalitätsstatistik die Kenntniss des monatlichen Krankenzugangs von der grössten Wichtigkeit. Ref.]

Von Interesse ist die Vertheilung der Operationen und Todesfälle auf die einzelnen Gliederabschnitte.

6 Exarticulationen der Hüfte.

(5 bei chronischen Leiden): 2 geheilt, 3 gestorben; auch die eine primäre, gestorben.

121 Oberschenkelamputationen.

49 primäre: 24 geheilt, 25 gestorben (51 %); 18 secundäre: 11 geheilt, 7 gestorben (39 %); 54 bei chronischen Leiden: 41 geheilt, 13 gestorben (24 %).

33 Kniegelenkamputationen.

(Ob Exarticulationen oder Amputationen im Knie ist nicht zu ersehen. Ref.) 24 primäre: 16 geheilt, 8 gestorben (33 %); 2 secundäre: 1 geheilt, 1 gestorben (50 %); 7 chronische: 6 geheilt, 1 gestorben (17 %).

293 Unterschenkelamputationen.

190 primäre: 118 geheilt, 72 gestorben (38 %); 34 secundäre: 15 geheilt, 19 gestorben (56 %); 67 chronische: 53 geheilt, 14 gestorben (21 %); 2 primäre verliessen nach der Operation das Hospital.

65 Fussamputationen.

47 primäre: 37 geheilt, 10 gestorben (21 %); 5 secundäre: 4 geheilt, 1 gestorben (20 %); 13 chronische: 12 geheilt, 1 gestorben (8 %).

25 Schulterexarticulationen.

19 primäre: 12 geheilt, 7 gestorben (37 %); 1 secundäre, geheilt; 5 chronische, geheilt.

138 Oberarmamputationen.

107 primäre: 87 geheilt, 20 gestorben (19 %) — 1 primäre verliess nach der Operation das Hospital; 19 secundäre: 12 geheilt, 7 gestorben (37 %); 11 chronische: 9 geheilt, 2 gestorben (18 %).

160 Vorderarmamputationen.

127 primäre: 115 geheilt, 12 gestorben (9 %); 15 secundäre: 10 geheilt, 5 gestorben (33 %); 18 chronische: 17 geheilt, 1 gestorben (6 %).

3 Ellenbogenexarticulationen: 3 primäre, geheilt.

52 Handgelenk- und Handamputationen.

48 primäre, geheilt; 1 secundäre, geheilt; 3 chronische, geheilt.

Von 881 Patienten wird das Alter notirt. Unter diesen standen 288 in den Jahren unter 20. Von ihnen wurden 246 geheilt, 42 starben (15 %). 259 Patienten standen zwischen 20 und 30 Jahren: 193 geheilt, 66 gestorben (25 %); 176 Pat. standen zwischen 30 und 40 Jahren: 124 geheilt, 52 gestorben (30 %); 105 Pat. standen zwischen 40 und 50 Jahren: 71 geheilt, 34 gestorben (32 %); und 53 Pat. waren älter als 50 Jahre: 28 geheilt, 25 gestorben (47 %). —

Lossen (Heidelberg).

A. Hannover. Fernere Mittheilungen über das Endresultat der Resectionen im Kriege 1864 in der dänischen Armee.

(Stricker's med. Jahrbücher 1875 p. 189.)

Eingangs der Abhandlung weist H. den auf dem III. Chirurgencongress zu Berlin (1874) erhobenen Vorwurf zurück, als hätten politische Motive bei den dänischen Aerzten in Nachbehandlung und Beurtheilung des Endresultates der Resectionen eine Rolle gespielt. Ebenso wenig will H. die seinem absprechenden Urtheile über Gelenkresectionen von von Langenbeck beigelegte Allgemeinheit anerkennen. Die von v. L. aus dem Invalidengesetze abgeleitete Fehlerquelle einer ungünstigen Abfassung des Befundes durch die deutschen Militärärzte im Interesse einer grösseren Unterstützung des Invaliden fällt nach H. Angaben für die dänischen Berichte zum grössten Theile fort. Die Nachbehandlung, welche erwartet werden kann, muss vor der Resection in gleicher Weise berücksichtigt werden, wie etwa die individuellen Verhältnisse für hohe oder tiefe Unterschenkelamputation Berücksichtigung verlangen. Eine Art progressiver Muskelatrophie als Ursache eines ungünstigen Ausfalles hält H. gegenüber von Langenbeck aufrecht.

Berichte über 15 Schulterresectionen, 16 Ellenbogenresectionen, 1 Knieresection, 3 Fussgelenkresectionen, die bis in die neueste Zeit verfolgt sind, folgen. Erwähnenswerth ist ein Sectionsbefund nach Resection des rechten Schultergelenks, mit Bildung eines Gelenkes zwischen dem Humerusende und einem, in die Sehne des Subscapularis eingeschalteten Knochenstückchen. **Ranke** (Halle).

F. Schmid. Ueber Form und Mechanik des Hüftgelenkes.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. V.)

Die dem Verf. von Aeby empfohlene Methode der Untersuchung bestand darin, dass in einer Wachstafel ein dem zu messenden Umriss beiläufig entsprechender Ausschnitt gemacht wurde, dessen erweichter Rand dann durch Andrücken an den Schenkelkopf in der gewählten Ebene einen genauen Abdruck der betreffenden Begrenzungslinie darstellte; letzterer konnte nach dem Erhärten des Wachses leicht auf Papier übertragen werden. In einem einzigen Falle (unter 21) war der Kopf ein reiner Kugelabschnitt, in allen andern Fällen ein Ellipsoid, welches entsteht, wenn ein Kreissegment sich um eine (hier nahezu horizontal gestellte) Achse dreht, welche nicht durch das Centrum des zu dem Segmente gehörigen Kreises fällt; und zwar hat der Rotationskreis bei Erwachsenen einen kürzeren, bei Kindern einen längeren Radius, als das rotirende Kreissegment; die kindliche Form des Femurkopfes muss somit durch die reine Kugelform in die Form des erwachsenen übergehen, und, wie es scheint, ziemlich frühzeitig, wenigstens stammte der eine kugelförmige Schenkelkopf, den S. fand, von einem dreijährigen Kinde. Diese Formveränderung ist wahrscheinlich durch die Function bedingt, denn die Rotationsachse des Ellipsoids fällt mit der Drehungsachse des Kopfes bei Beugung und Streckung zusammen. Die Details der Arbeit, namentlich die gefundenen Maasse können hier nicht wiedergegeben werden. Die Messungen der Hüftpfanne ergaben, dass ihre Oberfläche beim Erwachsenen der des Gelenkkopfes fast vollständig congruent ist, der Unterschied ist so gering, dass er durch die Elasticität ausgeglichen werden kann; wenn die Rotationsachse des Kopfes und der Pfanne zusammenfallen (also in der Ruhelage, bei der Beugung und Streckung), findet eine vollkommene Berührung der Oberflächen von Kopf und Pfanne statt. Eine andere Reihe von Versuchen erwies neuerdings, dass der Luftdruck allein hinreicht, den Gelenkkopf in der Pfanne zu erhalten, um die ganze Last der Extremität zu tragen. In S.'s Versuchen betrug das Maximum der so getragenen Belastung 18 Kilogr. **Gersuny** (Wien).

C. Forlanini. Sulla struttura del tubercolo (Vorläufige Mittheilung).

(Annali univ. di Medic. e Chir. 1875 Gennajo.)

F., Prosector Assistent am Ospitale maggiore in Mailand, ist durch viele Untersuchungen über die Structur und Entwicklung des

Tuberkels zu folgenden Resultaten gekommen: Jeder Tuberkel besteht ursprünglich aus einem granulirten Protoplasmaklumpen mit zahlreichen Kernen. Dieser Klumpen wächst durch Zunahme des Protoplasma's und durch Vermehrung der Kerne. Gleichzeitig geht an der Peripherie der Masse, als regressive Metamorphose, eine reichliche Alveolenbildung vor sich. Das Schlussresultat ist, dass man an der Peripherie des Tuberkels ein protoplasmatisches Reticulum, in der Mitte einen von Alveolenbildung frei gebliebenen Protoplasmaklumpen mit Kernen, die sogen. Riesenzelle vorfindet.

In manchen Fällen ist die Alveolenbildung spärlich, die Kernwucherung reichlich (Lungen) und man findet dann ein zartes Reticulum oder gar keines; in andern Fällen hat man schöne grosse Alveolen d. i. ein gut ausgebildetes Netzwerk mit spärlichen Kernen (Lymphadenom Wagner) und in manchen Fällen soll das Protoplasma des Reticulum zu grossen epithelioiden Zellen auswachsen.

Was den Ort der Entstehung der primären Protoplasmaklumpen betrifft, so glaubt F., dass sie in einigen Fällen im Lumen von Blutgefässen (Schüppel), in andern Fällen in Lymphgefässen ihre Entstehung haben könnten. Verf. hofft in Bälde gründlicheren Aufschluss hierüber geben zu können. **Menzel** (Triest).

Foulis. A study of tubercle.

(The Glasgow Medical Journal 1875. July.)

Verf. studirte im Laborat. von Prof. Stricker in Wien die Tuberkelfrage experimentell, indem er bei Meerschweinchen und Kaninchen theils in die Bauchhöhle, theils in die Lungen Injectionen von mit Wasser zerriebenen tuberkulösen Lungen, von Mischungen fein pulverisirten Korkes mit Wasser, von serös-blutiger Flüssigkeit normaler Thiere und von Zinnober-Mischung machte, und gelangte zu dem Resultate, dass, wenn man die Periotonealoberfläche mit solchen Flüssigkeiten in Contact bringt, welche Zellen, Detritus, Zinnober etc. enthalten, innerhalb 3 Wochen eine diffuse Eruption weisser Knötchen entsteht, welche nicht von Miliartuberkeln zu unterscheiden wären. Diese Knötchen bestehen hauptsächlich aus rapid vom Peritoneal-Endothel sich entwickelnden Zellen, sind Entzündungsproducte und unterscheiden sich von der gewöhnlichen entzündlichen Hyperplasie nur durch den Mangel an Blutgefässen. Sie sind zusammengesetzt aus Zellen verschiedenster Grösse und gelingt es in ihnen die den Reiz ausübenden Partikelchen der Injectionsflüssigkeit, falls es ihre Natur gestattet (Zinnober) eingeschlossen zu finden. Dagegen erstreckt sich die Eruption dieser Knötchen nur so weit, als ein Contact mit den reizenden Partikelchen möglicherweise stattgefunden haben kann. Besondere Elemente in den Tuberkelknötchen giebt es nicht, sie bestehen aus Zellen jeglicher Art. In Fällen, wo die Tuberkulose allgemein wird, handelt es sich (falls sie nicht in

der successiven Veränderung der Zellenthätigkeit der Organe liegt) um eine metastatische Entzündung. — Aus der nach Zinnober-Injection resultirenden Tuberkulose ergiebt sich die Nichtspecifität der Tuberkel. — Es ist demgemäss der Tuberkel das Resultat einer localen Entzündung, welche in gewissen Zellen (Endothel), deren Vitalität gestört ist, angefacht wird. Der Grund dieser gestörten Vitalität liegt in einer Reizung der Zellen durch solide Partikelchen oder durch die Zellen heterogener Flüssigkeiten. Die Tuberkel zerfallen meistens aus Mangel an Vascularisation, obgleich sie auch, wie nicht selten geschieht, durch Absorption verschwinden können. Dass der »Zerfall« in der Natur der Tuberkel liege, muss entschieden geläugnet werden.

Marckwald (Berlin).

C. Liebman. Cenni clinici intorno ai primi stadî del cancro del collo uterino.

(Giornale Veneto 1875. Aprile.)

Verf. weist nach, wie der Krebs viel öfter als angenommen wird, im Inneren des Cervicalkanals (am innern Muttermund) seine Entstehung nehme und von da erst später auf den äussern Muttermund und die Vaginalportion sich ausbreite. — Es folgen 4 Krankengeschichten von Fällen, in welchen L. diese Entstehungsart beobachten konnte. Der 3. Fall ist besonders interessant durch die Schwierigkeit, die er der Diagnose darbot. Weder durch Betastung noch durch blosse Besichtigung der Vaginalportion und des äusseren Muttermundes wäre es in diesem Falle möglich gewesen die Diagnose auf Krebs zu stellen.

Verdächtig war das übelriechende Secret, ferner der Umstand, dass die Sonde über dem äussern Muttermunde, entsprechend dem Cervicalkanal eine geräumige Höhle constatirte; Sicherheit verschaffte erst die Untersuchung eines mit dem Löffel aus dem Cervicalkanal herausbeförderten Stückchens. **Menzel** (Triest).

Foulis. Die Structur des Eierstocks in Bezug auf gewisse Erkrankungen desselben.

(British med. Journ. 1875. Vol. I. p. 841.)

Während nach Waldeyer ein genetischer Unterschied zwischen primordialem Ei und Follicularepithel nicht besteht, lässt F., gestützt auf eigene, mehrjährige Untersuchungen, das Epithel der Follikel vom Bindegewebe des Ovarialstroma abstammen (?). Wie F. weiterhin die Bildung der Graaf'schen Follikel aus den Pflüger'schen Schläuchen in der von Waldeyer angegebenen Weise von der Hand weist, seine eigenen Ansichten unter Beibringung histologischer Details darlegt, darüber vergl. das Original. — Was nun die pathologische Cystenbildung anlangt, so beginne diese im Graaf'schen Follikel durch

excessive Secretion der Epithelien. Dieser »Ueberausdehnung« folge dann eine verbreitete Cystenbildung. Die Sarcome bilden sich nach den Untersuchungen des Verf., durch excessive Proliferation sowohl der die Cyste auskleidenden Epithellagen, als auch der Bindegewebskörper; und gerade die Proliferation der Epithelien könne diagnostisch zum Nachweise eines bestehenden Ovarialsarcoms benutzt werden, wenn solche in der durch Punction entleerten Flüssigkeit sich finden (?). Als Beleg führt er ausführlich 2 Fälle an in welchen aus obigem Befunde (es handelte sich um spontane Berstung von Ovarialcysten,) die Diagnose intra vitam gestellt und durch die Section bestätigt werden konnte (?). **Pilz** (Stettin).

B. Riemer. Ein Fall von Argyria.

(Arch. d. Heilkunde 1875. 16. Jahrgang. Hft. 4. p. 296—326.)

Ein 43jähriger Mann erhielt im Laufe von 2 Jahren wegen Tabes 34,032 Grm. Argent. nitric. in Pillenform; es hatte sich eine Graufärbung fast der ganzen Hautoberfläche, besonders im Gesicht eingestellt. Er starb schnell an einem Lungenleiden. Fast in allen inneren Organen fand sich stellenweise Silberfärbung, wo sich Bindegewebe zu stärkeren Lagen oder Membranen formirt. Besonders stark war die Silberablagerung in der Haut, und diese unterzog Verf. einer genauen Untersuchung. In dem Bindegewebe des Corium, besonders in der Umgebung der kleinen Blutgefässe und in den Scheiden der Schweissdrüsenknäuel fand sich das Silber in zahlreichen Körnchen abgelagert; die Epidermiszellen in allen Schichten waren frei, ebenso die Lymphgefässe; es lag nirgends in oder zwischen Zellen, auch nicht zwischen den Endothelzellen der Blutgefässe, sondern in deren Adventitia; wie überhaupt das Silber nur dem Bindegewebe und den dem Bindegewebe angehörigen homogenen Membranen ein- oder angelagert war. Verf. nimmt an, dass das Silber in rein mechanischer Weise als reducirtes Metall von den Blutgefässen abgelagert wird, besonders in den Secretionsgebieten der Haut, aber die Epidermisschicht nicht passiren kann und daher unterhalb derselben liegen bleibt. Auf die Begründung dieser Ansichten, sowie auf die Beschreibung der detaillirten Untersuchungen der verschiedensten Hautpartieen kann hier nicht näher eingegangen werden. **A. Bidder** (Mannheim).

F. Franzolini. Contributo alla storia delle applicazioni dell' acido fenico in terapie chirurgica.

(Giornale Veneto 1875. Aprile.)

In einem Falle von Synovitis hyperplastica granulosa wurden von F. nach Versuch der verschiedenartigsten Mittel (Gewichtsextension etc.) Injectionen von Carbolsäure vorgenommen. Trotz der hohen Concentration (33—50 %), in der die Einspritzungen lauwarm in die Gelenkhöhle vorgenommen wurden, zeigte sich nie die geringste

Reaction; im Gegentheil, es fand nach jedesmaliger Einspritzung (12—25 Ctgrm. Säure) eine vollkommene Remission der Schmerzen statt, welche 1—2 Tage anhielt und dem Kranken bei weitem angenehmer war, als die durch Morphininjectionen bewirkte Schmerzlinderung. Gleichzeitig wurde die locale Affection von Tag zu Tag besser. Der Kranke erlag jedoch einer ausgebreiteten Lungen- und Darmtuberkulose. **Menzel** (Triest).

C. v. Schroff. Beitrag zur Kenntniss der Chininwirkung.

(Stricker's med. Jahrbücher 1875. p. 175.)

Die Herabsetzung der Reflexerregbarkeit durch Chiningaben, wie sie von Fröschen bekannt, und entweder als Erregung der Reflexhemmungscentren (Chapéron) oder als secundäre Störung in Folge der Herzlähmung (Meihuizen, Heubach) gedeutet ist, untersuchte S. an Kaninchen und Hunden, denen er das Gehirn in der Höhe des vorderen Randes des Pons durchtrennte, nachdem durch Chininvergiftung die Reflexerregbarkeit derselben entschieden herabgesetzt war. Da nun die Reflexerregbarkeit nach Abtrennung des Grosshirns nicht zunahm, kann diese Chininwirkung nicht auf der Erregung der Hemmungscentren beruhen, und hat somit die Chapéron'sche Theorie wenigstens für Warmblüter keine Geltung.

In Betreff der Frage, ob die Herabsetzung eine primäre oder secundäre in Folge mangelhafter Versorgung der Centralorgane mit Blut sei, weist S. darauf hin, dass zu der Zeit, wo die Reflexerregbarkeit der Vasomotoren bis auf ein Minimum herabgesetzt ist, die Herzthätigkeit zwar weniger frequent ist, aber in ihrer Energie keine Verminderung erkennen lässt. **Ranke** (Halle).

A. Mora. Il Laboratorio e Gabinetto patologico dello Spedale maggiore di Bergamo.

(Annali universali di medicina e chirugia 1875. Gennajo.)

Unter diesem Titel werden zunächst die wichtigsten anatomischen Präparate des Spitals zu Bergamo mit klinischen Erörterungen veröffentlicht.

I. Der erste Fall betrifft eine cystische Degeneration einer Niere bei einem Manne, welcher gleichzeitig an Paraplegie litt. Der Lumbartheil des Rückenmarks fand sich in gelber Erweichung. Es wird nun die Frage erörtert, ob, wie die klinische Anamnese es annehmen liesse, die Myelitis secundär zu der Nierendegeneration hinzugetreten sei; mit andern Worten, ob die Myelitis durch eine progressive Entzündung der Renalnerven angefacht worden sei. Ohne in diesem Falle eine sichere Entscheidung treffen zu können, liegen doch Fälle (von Leyden und Kussmaul) vor, wo zweifellos die Rückenmarkserweichung von Leiden des Urogenitalsystems ausging.

II. Der zweite Fall gehört zu den Seltenheiten. Es handelt sich

um ein weiches Kleinspindelzellensarcom, welches sich primär in den Lungen entwickelte.

III. Im dritten Fall handelte es sich um ein Myom der Darmmuscularis, welches Invagination des Darmes und Ileus zur Folge hatte. Es stiess sich eine 42 Ctm. lange Darmschlinge (invaginirt) mit dem Myom gangränös per anum ab und der Fall endete mit völliger Genesung.

IV. Im Fall IV fand sich bei einem an Pellagra-Marasmus verstorbenen Individuum ein kirschgrosses Elfenbein-Osteom in der Dura mater über dem sinus falciformis. **Menzel** (Triest).

O. Heyfelder. Zur Lehre von der Transfusion.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. V.)

(Vergl. Centralbl. f. Chir. 1874. No. 35 u. 1875 No. 32.)

H. berichtet über sechs von ihm ausgeführte directe Transfusionen von Arterie zu Vene; 4 davon mit Lammblut, und zwar 2 bei vorgeschrittener Tuberkulose, wobei einmal länger dauernde, einmal rasch vorübergehende Besserung erzielt wurde, die beiden anderen nach abgelaufenem Typhus, und zwar in dem einen Falle wegen Anämie und Enterohelkosis mit rasch vorübergehender Besserung, in dem anderen wegen Anämie und Drüseneiterungen mit darauf folgender Heilung. Die beiden letzten Transfusionen wurden mit Menschenblut gemacht, mittelst directer Ueberleitung des Blutes aus der Art. brachialis in eine Armvene. In dem einen Falle (fortschreitende Lungentuberkulose) wurde dauernde Besserung, in dem anderen (hochgradige Anämie) Heilung erzielt.

Die Verletzung der Blutspender heilte beide Male rasch.

H. sucht bei jeder Transfusion von Arterie zu Vene den Blutstrom durch rhythmische Compression des Ueberleitungsrohres zu verlangsamen, um allzustürmische Reaction zu verhüten. Nur in dem letzten Falle trat Hämaturie ein, in den übrigen nicht.

H. empfiehlt auch, vor der Transfusion Darm und Blase des Blutempfängers zu entleeren, weil sonst während oder gleich nach der Operation unwiderstehlicher Stuhl- und Harndrang auftrete.

Gersuny (Wien).

E. H. Garvens. Ueber die Iridotomie.

München 1874. **Th. Ackermann.**

Nach einem längeren historischen Ueberblicke, der mit Mauchart's Bericht über die von ihrem Erfinder Thomas Woolhouse Diaeresis genannte Operation beginnt, kommt der Verf. zu dem eigentlichen Anlasse seiner Abhandlung, zu einer Monographie v. Wecker's über Iridotomie (Extrait des Annales d'Oculistique. Septembre, Octobre 1873). — v. Wecker unterscheidet die einfache und

doppelte Iridotomie; die einfache wird bei vorhandener Linse als rein optische, nur zum Zwecke der Pupillenbildung ausgeführt bei Schichtstaar, centralen Hornhautflecken und adhärirenden Leucomen, wenn die Scheerenpincette noch durch die freigebliebene Pupillaröffnung durchzuführen ist. Mit seinem couteau à arrêt macht er eine innen 4 Mm. grosse Hornhautwunde, durch welche seine Scheerenpincette ein und mit einer Branche unter den gegenüberliegenden Pupillarrand geführt wird; ein kräftiger Scheerenschlag stellt dann die gewünschte Oeffnung her. Der Vortheil der Operation besteht in diesem Falle erstens in der Kleinheit der künstlichen Pupille und zweitens darin, dass die Hornhautwunde nicht vor derselben liegt, sie also nicht durch etwaige Trübung beeinträchtigt. — Die doppelte Iridotomie wird bei nicht mehr vorhandener Linse und Pupillarverschluss gemacht; das Messer durchbohrt mit der cornea auch die Iris, deren Wunde die eine Branche der Scheerenpincette zur Ausführung eines einfachen oder doppelten Schnittes aufzunehmen hat; es wird hierbei ausser der optischen auch eine antiphlogistische Wirkung angestrebt. — Specieller werden vier von Rothmund' operirte Fälle, die der Verf. beobachtet hat, unter Abbildung der erzielten Pupillen mitgetheilt; eine Tabelle bringt dann eine Uebersicht von sämmtlichen 15 Iridotomieen, theils einfachen, theils doppelten, die Rothmund bisher ausgeführt hat; ob die Resultate gegenüber denen concurrirender Operationen sehr verlockend sind, wagt Ref. nicht zu entscheiden. — Anhangsweise erwähnt Verf. neue Indicationen, die v. Wecker in den Annales d'Oculistique. Tome LXXI für die Iridotomie nachträglich aufgestellt hat. v. Wecker räth, Nachstaare, die für die Nadeldiscision zu dick sind, mittelst Iridotomie double zugleich mit dem sphincter iridis einzuschneiden; letzterer soll bei der Retraction den fast immer angewachsenen Nachstaar in günstiger Weise dislociren. Weiter ersetzte v. Wecker in einem Falle die Iridectomie vor einer Discision durch die Iridotomie, ohne dass während der drei Monate dauernden Linsenresorption das Auge eine Injection gezeigt hätte.

Fränkel (Chemnitz).

W. Simmons. Description of a splint for combined Suspension and Extension in the treatment of fracture of the lower extremity.

(The American Journal of med. sciences 1875. April.)

Der durch eine Abbildung veranschaulichte Apparat besteht aus 2 schmalen, seitlichen, in der ganzen Länge des Beines herablaufenden Holzschienen, zwischen welchen das Glied auf 2 oder mehreren breiten Bindenstreifen ruht. Unten tragen die Schienen ein unbewegliches Fussbrett, in dessen oberes Ende eine dritte, dickere Schiene beweglich eingefügt ist, welche über die Rückenfläche des Beines bis nach oben reicht. An dieser starken, von 2 langen Ausschnitten unterbrochenen

Schiene sind die beiden seitlichen mittelst zweier Drahtbogen in der Weise suspendirt, dass jeder Bogen in einer beweglichen Rolle hängt, welche sich in dem betreffenden länglichen Ausschnitt je nach der Richtung des Zuges hin und her bewegt.

Der ganze Schienenapparat wird durch eine feste Schnur schwebend an der Zimmerdecke oder an einem das Bett überragenden Galgen befestigt. Diese Schnur läuft durch 2 an den Enden der Rückenschiene befindliche Ringe und zieht, sobald der Aufhängepunkt gegen das Fussende hin verlegt ist, den ganzen Apparat und mit ihm das suspendirte Bein nach abwärts. Die Contraextension wird durch die Schwere des Körpers vermittelt.

[Der als neu beschriebene Apparat ist nichts anderes, als eine complicirte Nachahmung der Schiene von Smith, die dem Erfinder unbekannt zu sein scheint. Ref.] **Lossen** (Heidelberg).

Vogt. Ueber Resection des Fussgelenkes wegen Ankylose in fehlerhafter Stellung des Fusses.

(Dissertation. Jena 1875.)

Ein Mal wegen Equinusstellung nach Polyarthritis rheumatica, in einem zweiten Falle wegen Flexions-, Adductions- und Supinationsstellung nach Maschinenverletzung wurden die mit einander verwachsenen drei Knochen des Fussgelenkes in toto entfernt, so zwar, dass ein 2 Ctm. hohes Knochenstück (1 Ctm. vom Unterschenkel, 1 Ctm. vom Talus) herausgesägt wurde. — Ried machte einen L-Schnitt, den verticalen Schenkel hart hinter, den horizontalen unter den Malleolen. Dann wurde zunächst im grössten Breitendurchmesser der Malleolen und ferner dicht unter dem Malleolus internus je ein transversaler Bohrkanal angelegt, von welchen aus mit der Stichsäge horizontal nach vorn und hinten gesägt wurde. Lagerung des flectirten Gliedes auf die Aussenseite; Cerat-Charpie. Nach 3 Wochen fester Verband. In beiden Fällen gutes functionelles Resultat.

Rupprecht (Halle).

Kleinere Mittheilungen.

A. Hertz. Das Chloroxaläthylen.

Inaug.-Diss. Bonn 1875.

Verf. hat auf Veranlassung von Prof. Binz das von Wallach dargestellte Chloroxaläthylen ($C_6H_9ClN_2$) in seinen Wirkungen auf den Organismus untersucht. Es wurde das leicht lösliche salzsaure Salz der Base in schwach alkalischer Lösung verwandt. Chemisch ist der Stoff den Alkaloïden der Nicotingruppe ähnlich; toxisch ist es ein Gift rein narcotischer Art, das zuerst die Nervencentren, absteigend auch die peripheren Nerven und wahrscheinlich auch die Muskeln lähmt. Es steht in seinen Wirkungen dem Coniin nahe, lähmt die Centralorgane schneller, die peripheren Nerven langsamer, als dieses. Nicotin wirkt viel energischer und verschieden. Kaninchen und Hunde werden in ihrem Allgemeinbefinden wenig beeinflusst, Frösche und Katzen leicht getödtet. Genauere Prüfung der Wirkungen auf einzelne Bahnen, die motorische und die sensible Sphäre der Nerven, auf die

Muskel- und die Herzthätigkeit folgt. — Im Harn ist der Stoff nach subcutanen Injectionen schnell nachweisbar. —

Für therapeutische Zwecke ist vor der Hand noch kein fester Anhaltepunkt gewonnen. (v. **Mosengeil** Bonn).

L. Calastri. Caso di tetano parziale traumatico successivo ad emorrofilia. Guerigione con mezzi meccanici.

(Gaz. med. ital. Lombardia 1875. No. 27.)

Ein 17jähriger Bauernbursche wurde wegen Hämophilie in's Spital aufgenommen. Derselbe hatte gleichzeitig Nasen-, Nieren-, Magen- und Darmblutungen und blutete ausserdem aus einer kleinen Wunde an der grossen Zehe. Nach Heilung der Hämophilie entwickelte sich eine auffällige Starre der Nackenmuskulatur und Trismus. Als nach 8 Tagen dieser Zustand fortdauerte, machte C. forcirte Bewegungen des Kopfes und sperrte den Mund mit Gewalt durch einen Mundspiegel täglich auf. Nach zwei Wochen lang fortgesetzten Uebungen war der Kranke geheilt. (In Folge der Uebungen?! Red.) **Menzel** (Triest).

N. Weber. Three cases of pyämia and one of acute general miliary tuberculosis complicated with pyämia. (Clin. society of London.)

(Med. tim. and gaz. 1875. Mai 22. p. 564.)

Bei den 4 Fällen führte eine Erkrankung des Schlundes zu einer Affection des mittleren Ohres, und von hier aus erfolgte die Allgemeininfection. Der letzte Fall betrifft einen 10jährigen Knaben, der nach einer Otitis media mit käsigen Ablagerungen an allgemeiner acuter Miliartuberkulose starb. Die Section ergab ausserdem pyämische Leberabscesse. **Ranke** (Halle).

C. Hüter. Zur Anwendung der intraarticulären Carbolinjectionen bei perforirenden Gelenkwunden, insbesondere des Kniegelenkes.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. V.)

H. hat in einem neuen Falle von perforirender Kniegelenkswunde die Heilung unter Anwendung intraarticulärer Injectionen einer zweiprocentigen Carbollösung erfolgen sehen. Die Injectionen wurden nicht durch die Wunde gemacht, um dieselbe nicht zu irritiren, sondern an den am stärksten geschwollenen und schmerzhaften Stellen des Gelenkes, und zwar mit der Pravaz'schen Spritze (1—3 Spritzen voll auf einmal). Details über den Verlauf des Falles fehlen. **Gersuny** (Wien).

Sonnenburg. Ein Fall von Epignathus. Operation. Heilung.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. V.)

Träger der Geschwulst war ein 5 Tage altes, ausgetragenes und sonst gut entwickeltes Kind von gesunden Eltern. Das Gebilde war birnförmig, füllte die Mundspalte fast ganz aus, war von Cutis bedeckt und mit Wollhaaren besetzt. Der breite Stiel kam aus einer Spalte des harten Gaumens hervor und sass wahrscheinlich an der Schädelbasis fest. Die Abtragung wurde mit der galvanokaustischen Schlinge in der Höhe des harten Gaumens gemacht. Die Geschwulst enthielt Fett, Drüsen, Knochen und Zähne. Gegen den Stiel zu ging die Cutis in Schleimhaut über; am Stiele sass ein fast vollkommen entwickeltes Augenlid. Verf. betrachtet die Geschwulst als einen rudimentär entwickelten Kopf. Der Verlauf der Heilung nach der Operation war günstig.

S. giebt schliesslich eine Aufzählung von 17 Fällen von Epignathie aus der Litteratur. **Gersuny** (Wien).

Verneuil. Tumeur congénitale polycystique inserée à la symphyse du maxillaire inférieur et à la face inférieure de la langue.

(Bulletin de l'Académie de médecine 1875. No. 22.)

Bald nach der Geburt eines 8monatlichen Fötus wurde ein über kindskopfgrosser Tumor ausgestossen, der seiner äusseren Beschaffenheit nach erkennen liess, dass er von der nicht vereinigten Symphyse des Unterkiefers, sowie

von dem Boden der Mundhöhle ausgegangen und hier während des Geburtsactes abgerissen war. Die nähere Untersuchung ergab ein mehrkammeriges Cystoid, dessen Wandungen aus derbem, fibrösem Bindegewebe mit zahlreichen, knorpeligen und knöchernen Kernen bestanden, und dessen Hohlräume mit einer zähklebrigen, zellenreichen Flüssigkeit erfüllt und theils mit Platten-, theils mit Cylinderepithel ausgekleidet waren. Die Epithelien entsprachen den Zellen des Schmelzorgans und der Umhüllung des kindlichen Zahnkeimes. V. hält daher die Cysten für entartete Zahnfollikel und die ganze Geschwulst für ein von dem ersten Kiemenbogen ausgegangenes Neoplasma.

Gegen diese Ansicht spricht sich aus verschiedenen Gründen Depaul aus. Er betrachtet diesen Fall als ein neues Beispiel von fötaler Inclusion oder Epignathismus, wie solche seit Geoffroy St. Hilaire mehrfach, unter Anderen von Ahlfeld beobachtet und beschrieben worden sind. **Arn. Hiller** (Berlin).

Guillaumet. Kyste séreux congénital de la nuque et du cou chez un foetus de quatre mois et demi. (Société anatomique, sèance du 13. nov. 1874.)

(Progrès médical 1875. No. 9.)

G. demonstrirte der anatomischen Gesellschaft einen Fötus von $4^1/_2$ Monat mit einer Nackengeschwulst von der Grösse einer kleinen Orange. Die Geschwulst war durchsichtig fluctuirend, nicht compressibel, sass mit breiter Basis auf, reichte vom Hinterhaupt bis zum untern Winkel des Schulterblatts, nahm den Nacken und die Seitentheile des Halses ein. Beim Eröffnen flossen ungefähr 10 grm. einer röthlichen Flüssigkeit aus. Die Cyste zeigte weisse Wandungen und 4 Fächer, die miteinander communicirten. Nirgends eine Communication mit der Schädelhöhle oder dem Kanal der Wirbelsäule, die vollständig intact war. — Die mikroskopische Untersuchung fehlt. **Petersen** (Kiel).

Workman. Osteochondrom des Oberkiefers.

(Boston med. and surg. Journal 1875. p. 553.)

Die 24jährige Pat. erhielt vor 4 Jahren einen Schlag gegen den oberen inneren Schneidezahn der rechten Seite; nach 2 Jahren bildete sich angeblich genau an dieser Stelle eine kleine, harte, schmerzhafte Schwellung. 2 Zähne mit den cariösen Alveolen wurden entfernt; im folgenden Jahre wurde die anliegende Alveolarpartie schmerzhaft, schwoll an und bald erfolgte schnelle Bildung einer Geschwulst an der Innen- und an der Aussenseite des Alveolarfortsatzes. Die erkrankten Knochen mit der von ihnen eingeschlossenen Geschwulst wurden in der Narkose entfernt; schnelle Genesung. Die Geschwulst war ein Osteochondrom.

Pilz (Stettin).

A. Bidder. Ein Beitrag zur Geschwulstlehre.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. V.)

1. Ueber ein vernarbendes, vom Narbenepithel recidivirendes Carcinom der Haut.

Nach Ausschabung eines Epithelioms mit dem scharfen Löffel kam es, wenige Tage nach der Vernarbung, zum Recidiv in der Narbe, die ebenso entfernt wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab einen Zusammenhang der Epithelzapfen mit dem Narbenepithel. B. deutet diesen Befund so, als wäre das Recidiv von dem Narbenepithel ausgegangen, ohne die Wahrscheinlichkeit in Betracht zu ziehen, dass ein zurückgebliebener Carcinomrest mit dem Narbenepithel könnte in Verbindung getreten sein.

2. Ein diffuses, periostales Sarcom der Schädelbasis, der oberen Halswirbel und der Retropharyngeal-Gegend, Spondylitis cervicalis vortäuschend.

Der einzige Umstand, welcher in diesem Falle Zweifel an der Diagnose »Spondylitis« erregen konnte, war, dass die Gewichtsextension die Schmerzen steigerte, während sie dieselben sonst rasch lindert. **Gersuny** (Wien).

F. H. Maberly. Large abscess on the surface of the right lobe of the liver, communicating with the colon and tapped through the wall of the chest.

(Birmingham medical review 1875. April.)

Bei einem Eisenbahnunfall wird ein Mann gegen die Decke des Wagens geschleudert. Seitdem anhaltende Schmerzen im Leibe, obwohl die Zeichen einer ernsten Laesion fehlen. Nach einem Vierteljahr, während einer Anstrengung, plötzlicher heftiger Leibschmerz rechts. Keine Zeichen von Bauchfellruptur. Nach zwei Tagen acute Bronchitis. Später fällt Prominenz des rechten Hypochondrium auf und entdeckt man jetzt daselbst tympanitischen Percussionsschall bis hinauf zur zweiten Rippe, sowie Herzverdrängung nach links. Profuser, eiteriger Auswurf, Fieber, Delirien. — Man diagnosticirt jetzt Pyopneumothorax und aspirirt $3^1/_4$ »pints« übelriechenden Eiters. Hierauf Nachlass aller Erscheinungen. Nach wenigen Tagen jedoch kehren Fieber und Dyspnoë zurück. Incision an der Aspirationsstelle und Einführung eines Drainrohrs. In den letzten 14 Lebenstagen wiederholt Bluthusten und Abfluss von Faecalmassen aus der Schnittwunde in der Brust. — Die Section ergab einen grossen Abscess zwischen der unteren Fläche des Diaphragma und der oberen des rechten Leberlappens, und freie Communication desselben mit dem Colon transversum. **Rupprecht** (Halle).

G. Mô. Tre casi di idronefrosi dipendenti da chiusura dell' uretere per calcolo urinario.

(Società di Medicina e Chirurgia. Torino. — Gazzetta delle cliniche 1875. No. 7.)

1. Ein 34jähriger Mann wurde mit einer Kopfcontusion in's Spital aufgenommen und starb wenige Stunden später. Wir übergehen die Beschreibung der Hirnverletzung. Die rechte Niere ist in einen durchscheinenden Sack umgewandelt, mit einer Flüssigkeit gefüllt, welche die Charaktere des Urins nachweist. obwohl die Nierensubstanz vollkommen geschwunden ist. Im obersten Theile des entsprechenden Ureters ist ein Stein eingekeilt, welcher denselben fast vollständig verschliesst. Interessant ist, dass in den Bronchial- und Mesenterialdrüsen und auf den Wänden des colon transv. sich Kalkablagerungen vorfinden. Es scheint, dass die linke Niere allein nicht genügte, sämmtliche Salze aus dem Blute zu entleeren. Dies würde mit der Ansicht Virchow's übereinstimmen, wonach die Kalksalze sich in den Geweben ablagern sollen, sobald die Nieren deren Elimination nicht mehr besorgen. Das Volumen der functionirenden Niere, nach der verdrängten Flüssigkeit gemessen, betrug 210 Ccm., ihr Gewicht 50 Gramm.

2. Bei einer 56jährigen Frau, an Pneumonie verstorben, war der linke Ureter durch einen Stein vollkommen verstopft. In diesem Falle war aber nicht die Niere selbst in einen Sack umgewandelt, sondern blos das Becken zu einem grossen Sacke (viel grösser als in Fall 1) ausgedehnt, welcher mit Urin gefüllt war. Die rechte allein functionirende Niere hat ein Volumen von 720 Ccm. und ein Gewicht von 125 Gramm.

3. Dieser Fall betrifft eine 22jährige Frau, welche unter urämischen Erscheinungen zu Grunde ging. Es fanden sich in beiden Ureteren Steine vor. Die linke Niere war fast vollkommen atrophirt, in ihrer Substanz fand sich auch ein Stein; die rechte Niere mässig atrophisch, ihr Becken mässig ausgedehnt.

Menzel (Triest).

G. Heath. 13 Lithotomien.

(Lancet 1875. Vol. I. p. 790.)

Verf. veröffentlicht seine innerhalb 18 Monaten im Newcastler Hospital und in der Privatpraxis gemachten Steinschnitte, sämmtlich an männlichen Pat. 2 Personen standen im Alter über 60 Jahre und 4 unter 10 Jahren, bei 2 fanden sich 3 Steine vor. Der kleinste Stein wog 15 Gran, der grösste 354 Gran; die chemische Zusammensetzung war nur bei 2 Steinen eine gemischte. In 2 Fällen wurde der Steinschnitt in der Mittellinie gemacht, sonst immer seitlich; in einem Falle entstand eine ziemlich heftige Blutung. Sämmtliche Patienten sind geheilt entlassen.

Pilz (Stettin).

Willard. Perineal section.

(Med. Examiner, Chicago 1875. Mai 1.)

Der Verf. tritt warm für die äussere Urethrotomie ein, welcher in der Heimath desselben fast stets die Punction vorgezogen wird. Der mitgetheilte Fall betrifft einen Arbeiter mit hochgradiger, aber für ein feines Bougie durchgängiger Strictur in Folge einer Gonorrhöe; keine Fistelbildung; absolute Harnverhaltung seit 72 Stunden. Heilung; nach der Operation war der permanente Katheter eingelegt worden. **Ranke** (Halle).

H. L. Browne. Case of aneurism of the external carotid; ligature; recovery.

(Birmingham medical review 1875. April.)

Eine 29jährige Arbeiterin fühlte, während sie eine bedeutende Last auf dem Kopfe trug, plötzlichen Schmerz in der rechten Seite des Halses. Es bildete sich daselbst unter zunehmenden Schmerzen eine langsam wachsende Anschwellung, welche nach 6 Jahren die Grösse einer Orange erreicht hatte, Athem- und Schluckbeschwerden und quälenden Husten bedingte und alle Symptome eines Aneurysma darbot. Dieselbe sass beweglich zwischen Unterkieferwinkel und Zungenbein. Unterbindung der Carotis communis mit catgut unter genauer Befolgung der Lister'schen antiseptischen Cautele. Weder locale Erscheinungen, noch Fieber, noch Zeichen gestörter Hirncirculation complicirten die am 18. Tage vollendete und nach einem Jahre noch andauernde Heilung. Alle subjectiven Symptome waren geschwunden. Der Tumor war solid und hatte sich nur wenig verkleinert.

Rupprecht (Halle).

Goodall. Aneurysma popliteum links, später rechts. Flexion und Compression. Heilung.

(Lancet 1875. Vol. I. p. 680.)

Ein 30jähriger Gelbgiesser, vor 4 Monaten so gefallen, dass sein linkes Bein unter den Leib zu liegen kam, bemerkte seit 9 Wochen eine langsam wachsende Schwellung in der Kniekehle. Jetzt findet man dort eine weiche, expansible, pulsirende Geschwulst; der Fuss und das Bein sind ödematös, der Tumor selbst und seine Umgebung sehr empfindlich. Flexion in einem Winkel von 50° lässt die Pulsation erlöschen; dieselbe kehrt nach 4 Stunden wieder, die Flexion wird verstärkt; nach 21 Tagen wird Compression der Femoralis zu Hülfe genommen; vom folgenden Tage ab erlischt dauernd die Pulsation. Heilung. Drei Monate später erscheint Pat. wieder mit taubeneigrossem Aneurysma in der rechten Kniekehle, dass angeblich auch nach Fall entstanden sein soll. Ausser der Flexion wurde noch Compression der Femoralis benutzt; später musste letztere, da dieselbe vom Kranken nicht gut ausgeübt wurde, durch Digital-Compression ersetzt werden. Volle Heilung. **Pilz** (Stettin).

Hirtz. Luxation du pouce; expédient simple pour en opérer la réduction.

(Revue de thérapeutique médic.-chirurg. 1875. No. 14.)

H. benutzt zur Reduction hartnäckiger Luxationen des Daumens einen einfachen, 1 Ctm. breiten Riemen von Rindsleder, welcher in der Mitte zusammengelegt und zu einer Schlinge geknotet wird. Hieran wird der zuvor mit Watte gepolsterte Daumen angeschlungen und durch kräftige, mit den beiden Riemenenden ausgeführte Tractionen reponirt. Das Verfahren soll ebenso schnell und schonend zum Ziele führen, wie die Reduction mittelst Zangen.

Arn. Hiller (Berlin).

H. Eidam. Ein Fall von Symphysenspaltung während der Geburt.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 28.)

Eine kräftige Multipara wurde von einem in II. Querlage befindlichen Kinde durch combinirte Wendung auf den Steiss und Extraction entbunden. Es erfolgte

eine Spaltung der Symphysis ossium pubis. Schmerzen und Fieber nahmen zu, bis ein Beckengürtel angelegt wurde, welcher die Knochen auf einander presste. Darnach liessen Schmerz und üble Allgemeinerscheinungen schnell nach. Dem frühen Anlegen der Beckenbinde schreibt Verf. auch das Ausbleiben intensiverer localer Entzündungen zu. — Hinter manchem schweren Puerperium mit Unfähigkeit, die unteren Extremitäten zu bewegen (fälschlich als Lähmung gedeutet), vermuthet Verf. eine Symphysentrennung. **v. Mosengeil** (Bonn).

Ste. Marie. Arthrite sèche suppurèe. (Société anatomique, séance du 27. nov. 1874.)

(Progrès med. 1875. No. 11.)

Nach S.-M. soll eine Arthritis deformans des Hüftgelenks bei einem 40jährigen Mann in Eiterung übergegangen sein. Pat. ist mit einem grossen Abcess in Duplay's Abtheilung aufgenommen worden. S.-M. begründet seine Diagnose auf Arthritis deform. durchaus nicht, der Sectionsbefund spricht auch nicht dafür, sondern für eine gewöhnliche Caries. Dieser Meinung sind in der Debatte auch Verneuil und Houel. Charcot findet Aehnlichkeit zwischen den Gelenkentzündungen bei Tabes und der Arthritis deform., stimmt jedoch Houel bei, der auseinandersetzt, dass sich bei Gelenkleiden der Tabetiker keine Stalaktiten finden, und dass der Knochen selbst Sitz einer Entzündung sei.

Petersen (Kiel).

Hutchinson. (London Hospital) Sectionsbefunde.

(Lancet 1875. Vol. I. p. 857.)

1. Ein Matrose, welcher auf einem Tau unter einer Raae stand, glitt, ergriff mit den Händen das Tau, konnte sich aber nicht lange halten und fiel 30 Fuss hoch herab auf das Deck, woselbst er stehend ankam. Fast pulslos in das Hospital gebracht, wurden hier die bis zu den Knieen reichenden Stiefel entfernt. Nun sah man an der Innenseite des rechten Fusses eine 3" lange Wunde; ferner Comminutiv-Fractur des Fersenbeines, Fractur des Schien- und Wadenbeins direct über dem Gelenke; an dem linken Fuss dieselbe Verletzung, nur erschien das Fersenbein einfach gebrochen. Schienenverband. Erysipelas des rechten Beines; Tod. Die Section ergab: die Fersenbeine in eine Menge kleiner Stückchen gebrochen; Schien- und Wadenbein beiderseits in der Epiphysenlinie durchgebrochen, Ecchymosen retroperitoneal, am rechten Musc. psoas entlang und an beiden Ureteren.

2. Ein 82jähriger Mann fiel 5 Fuss hoch von einer Leiter auf sein linkes Bein; dasselbe, stark geschwollen, zeigte bedeutende Schwellung des Kniees und Fractur beider Unterschenkelknochen. Delirium, Bronchitis, Tod. Die Section erwies eine Schrägfractur der Tibia mit Splitterung im oberen Drittel und einen Bruch der Fibula im obersten Theile mit Spaltung bis ins Tibiofibular-Gelenk. Das Kniegelenk mit Blut erfüllt, welches nach genauer Untersuchung seinen Weg dahin aus dem Tibiofibular-Gelenke genommen hatte.

3. Im dritten Falle fiel der 34jährige Mann etwa 5 Fuss hoch durch Abgleiten von einer Leiter platt auf das Pflaster; erst nachher klagte er über heftige Schmerzen in dem tympanitischen, gegen Berührung schmerzhaften Leibe; kleiner Puls, Erbrechen und nach 30 Stunden Tod. Die Section zeigte als Ursache der Peritonitis die Perforation eines älteren Duodenalgeschwüres. **Pilz** (Stettin).

Wm. H. van Buren. Raw-Cotton Dressings for wounds.

(New York med. Journal 1875. Bd. XXI. Hft. 3. p. 268.)

Verf. giebt die Geschichte des Guérin'schen Watteverbandes und empfiehlt diesen Verband für kriegschirurgische und Hospitalpraxis. Eigene Beobachtungen sind nicht mitgetheilt. **Madelung** (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 37. **Sonnabend, den 11. September.** **1875.**

G. Simon. Ueber die Methoden, die weibliche Urinblase zugängig zu machen und über die Sondirung des Harnleiters beim Weibe.

(Sammlung klinischer Vorträge, herausg. von R. Volkmann. No. 88.)

Leipzig. **Breitkopf** und **Härtel.** 1875.

Verf. theilt die in den letzten Jahren auf seiner Klinik in Heidelberg ausgebildeten Methoden, die weibliche Blase zugängig zu machen, mit. Von sämmtlichen bisherigen, meist nur behufs Entfernung von Fremdkörpern vorgenommenen Operationen dürften fernerhin nur die unblutige Erweiterung der Harnröhre und der Scheidenblasenschnitt die relativ sichersten und ungefährlichsten Methoden bleiben. Die unblutige Erweiterung der Harnröhre geschieht besser schnell, als allmälig, da sie in wenigen Minuten dieselbe Dilatation ergiebt, als die langsame, bei dieser aber durch langes Liegenlassen der Zapfen Entzündung und Geschwüre der Harnröhre entstehen

können. Die unblutige Urethralerweiterung beim Weibe ist sehr alt (Franco 1561, Fabricius Hildanus etc.). 1837 hat A. Cooper 5 mal Steine in der Weise entfernt, dass er theils langsam, theils rapide die Urethra dilatirte. Hybord (1872) und Christopher Heath (1874) empfehlen das Verfahren gleichfalls.

S.'s Verfahren der Blasenuntersuchung besteht in 3 Arten: 1) Einkerbung des Orificialrandes der Urethra, des engsten und rigidesten Theils der Harnröhre, durch zwei seitliche, $^1/_4$ Ctm. tiefe Schnitte und einen nach unten gehenden von $^1/_2$ Ctm. Länge. Die Einkerbungen, am besten mittelst der Scheere gemacht, erleichtern das Eindringen des untersuchenden Fingers, verkürzen die Harnröhre um $^1/_4$—$^1/_2$ Ctm., schaden der Continenz nicht, übernarben und bleiben permanent.

2) Die Dilatation erfolgt durch Erweiterungszapfen (andere Operateure bedienen sich direct des Fingers, wodurch öfters an den engern Stellen, wie unter dem arcus pubis, die Schleimhaut zerrissen wird und Incontinenz, wenn auch nur für einige Tage entsteht). Als solche Zapfen dienen Specula aus Hartgummi, vorn gerade abgeschnitten und mit abgerundetem Mandrin versehen. S. hat 7 verschiedene Nummern, deren stärkste 2, deren schwächste $^3/_4$ Ctm. Durchmesser hat.

3) Einschieben des Zeigefingers durch die Harnröhre bis zur Blase und Palpiren derselben. Dabei wird der Mittelfinger nicht in die Hand eingeschlagen, sondern gleichzeitig in die Scheide eingeführt, so dass sich der Rand des Septum urethro-vaginale an die Commissur beider Finger andrückt. Ferner wird der Vertex der Blase mit der andern Hand dem untersuchenden Finger entgegengedrückt. Nur die höchst gelegenen seitlichen Theile, welche am Knochen festgewachsen sind, sind so weniger gut zu erreichen.

Ueber das Maass der erlaubten Dilatation haben Hybord und Spiegelberg Angaben gemacht, doch sind Hybord's Maasse zu klein, Spiegelberg's zu gross. Nach Simon kann man beim erwachsenen Weibe ohne nennenswerthen Nachtheil mit Speculis von 1,9—2,0 Ctm. Durchmesser eindringen. Die Continenz bleibt unmittelbar darnach bei Einspritzen von Wasser in die Blase selbst in aufrechter Stellung der Frau erhalten. Bei jüngeren Mädchen darf der Grad der Ausdehnung natürlich nicht so gross sein.

Was die Casuistik betrifft, so hat S. bis jetzt in $2^1/_2$ Jahren die Methode in mehr als 60 Fällen angewandt. Zu ihrer Ausführung bringt man die Pat. in die Steiss-Rückenlage und chloroformirt. Bei öfteren Wiederholungen kann man später die Narkose weglassen.

Die zweite Methode, die Blasenhöhle zugängig zu machen, besteht im Scheidenblasenschnitt. Man wendet ihn an, wenn die vorige Methode ungenügend erachtet wird. Es kann danach eine Blasenscheidenfistel bleiben, welche eine fernere Operation nöthig machen würde, doch sind die Chancen der Heilung sehr gross.

Durch Versuche am Cadaver bestimmte Verf. als beste Schnitt-

führung beim Scheidenblasenschnitt einen etwa 3 Ctm. langen Querschnitt im vorderen Vaginalgewölbe, $^{1}/_{4}$—$^{1}/_{2}$ Ctm. vor der vorderen Muttermundslippe, von dessen Mitte ein zweiter, zwei Ctm. langer Schnitt gerade nach vorn gegen die Harnröhre läuft. Durch solch einen Schnitt gelingt die Umstülpung und Hervorwölbung des Vertex und oberen Theiles des Blasengrundes, was bei Schnitten in sagittaler Richtung nicht möglich ist. Die Umstülpung wird durch den Zug feiner Doppelhäkchen, welche in die Mucosa eingesetzt werden, und Herabdrücken der Blase von aussen her mittelst der über der Symphyse eingesetzten Hand bewirkt. Die Schnitte führt man bei Erweiterung der Scheide durch Simon'sche Specula oder solche von Bozeman und bei starker Spannung der Blasenwand, oder nach Herabziehung des Uterus und des oberen Theils der Blasenscheidenwand. — Die Operationswunde wird später genäht.

Die Indicationen zur Erweiterung der Harnröhre:

1) Zur Diagnose der Krankheiten der Blasenschleimhaut.

2) Zur Diagnose von Fremdkörpern und Steinen, welche mit Instrumenten oft durchaus nicht, mit den Fingern oft leicht zu finden sind.

3) Zur Extraction derselben.

4) Bei hartnäckigem Blasenkatarrh zum Auspinseln der Blase mit concentrirten Aetzmitteln. (Sehr ungleiche Erfolge.)

5) Zur Heilung von Fissuren der Harnröhre (gleichfalls oft ohne Erfolg).

6) Zur Diagnose von Defecten der Blasenscheidenwand bei verschlossener Scheide.

7) Zur Diagnose des Sitzes und der Ausdehnung von Gewächsen und Geschwülsten in der Blasenscheidenwand.

8) Zur Exstirpation von Geschwülsten, besonders von Papillomen an den Blasenwandungen. (Ausschaben mit scharfen Löffeln und Abreissen mittelst Zangen.)

9) Zur Auffindung und Extraction, resp. Ausschneidung von Nierensteinen aus dem Blasenstück des Harnleiters.

10) Zur Eröffnung einer Hämatometra, deren Entleerung zwischen Blase und Mastdarm unmöglich oder zu gefährlich ist, z. B. bei angeborenem Mangel des ganzen oder des grössten Theils der Scheide. — Scanzoni's Vorschlag, in solchem Falle vom Rectum aus zu eröffnen, ist wegen der damit verknüpften Peritonealverletzung viel gefährlicher; dagegen geht vorne am Uterus der Peritonealüberzug nicht so weit herab.

11) Zur Heilung einer Dick- oder Dünndarm-Blasenfistel (ein sehr quälendes Leiden, das bisher tödtlich verlief) durch Aetzung des Ostium vesicale der Fistel. —

Indicationen für den Scheidenblasenschnitt:

1) Bei sehr grossen Steinen und bedeutender Empfindlichkeit der Blase.

2) Zum unmittelbaren Abfluss des Urins bei sehr hartnäckigem

Blasenkatarrh mit Ulcerationen der Schleimhaut. Stagniren des zersetzten Urins soll so verhütet werden.

3) Exstirpation von Geschwülsten und Excrescenzen, die zu hoch in den Seitentheilen der Blase sitzen, ohne anderweitig erreicht werden zu können.

4) Operation der Dünn- und Dickdarm-Blasenfisteln, die durch Aetzungen allein nicht geheilt werden können. —

In den beiden letzten Fällen ist natürlich T-Schnitt und Blasenumstülpung nöthig und kann die T-Wunde erst nach Heilung der Operationswunde in der Blasenwand geschlossen werden.

Ferner können durch die künstlich hergestellte Zugängigkeit der Blasenhöhle auch die Sondirung und die Kathetrisirung der Harnleiter vorgenommen und somit Harnleiter- und Nierenkrankheiten der Behandlung zugänglicher gemacht werden.

Es wird durch S.'s Methode für die Frau viel mehr dabei gewonnen, als durch Tuchmann's Methode für den Mann (cfr. Chirurg. Centralbl. 1874 p. 471, aus Wien. med. Wochensch. 1874 No. 31 u. 32 — und Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1875. Bd. V. Hft. 1). T.'s Verfahren kann nur für diagnostiscshe Zwecke verwandt werden. Simon hat bis jetzt die Harnleiter 9 mal sondirt und 8 mal kathetrisirt, also in 17 Fällen, und zwar bei 11 Frauen. Je einmal gelang Sondiren und Kathetrisiren nicht. Bei hinlänglich langen Instrumenten gelangte Verf. ohne Schwierigkeit ins Nierenbecken, und wurde die Operation stets ohne geringsten Nachtheil vertragen. Sonde und Katheter sind von festem, nicht biegsamen Metall, oben schwach gebogen und 25 Ctm. lang. — **v. Mosengeil** (Bonn).

Mullier. Quelques remarques sur le traitement de certaines affections chirurgicales par le massage local.

(Archives médicales belges 1875. Hft. 7.)

Auch M. ist nach mehrjähriger Erfahrung zu dem Urtheil gelangt, dass wir in der Massage (vergl. Centralbl. f. Chir. 1874, No. 26 und 1875, No. 30) ein äusserst wirksames, die Resorption beförderndes Mittel besitzen, dessen Anwendung sich besonders bei Verstauchungen jeden Grades und bei Quetschungen mit starken Blutergüssen empfehle. Entgegen den subtilen Unterscheidungen mancher Autoren hinsichtlich der Technik (»frictions, foulage, petrissage, sciage, malaxation, pincement, percussion, hachure, claquement, vibrations pointées et profondes«!) glaubt er als Praktiker, dass man mit 3 Manipulationen in jedem Falle auskomme, nämlich 1) dem Streichen der Glieder, 2) dem Kneten, und 3) den Tractionen, verbunden mit passiven Bewegungen im Gelenk.

Man bestreicht zunächst die afficirte Extremität mit Glycerin, umfasst sie dann unterhalb der Verletzung mit beiden Händen und führt nun, unter stärkerem oder gelinderem Druck, aufwärts streichend

Bewegungen in der Richtung der Sehnen und der Venen aus. Mit Rücksicht auf den stets vorhandenen Schmerz beginnt man immer mit ganz leichten Frictionen mittelst der flachen Hand; später, wenn der gewöhnlich sehr rasch erfolgende Nachlass der Schmerzen ein energischeres Eingreifen gestattet, fängt man an, mit Zuhülfenahme der Finger die verletzte Stelle gehörig zu kneten. Ist neben dem Schmerz endlich auch die Schwellung beseitigt, dann dienen Tractionen und passive Bewegungen dazu, die Motilität und Gebrauchsfähigkeit der Extremität zu beschleunigen.

2 Sitzungen täglich, jede von $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde Dauer, reichen aus; selten ist man genöthigt, die Behandlungsweise länger als 2—3 Tage fortzusetzen. Ueber Intensität und Dauer der jedesmaligen Bearbeitung entscheiden die Empfindlichkeit des Pat. und die Schwere der Verletzung.

Die Resultate dieses Heilverfahrens werden durch eine kurze Uebersicht über sämmtliche während der Jahre 1871—1874 im Militärhospital zu Namur nach verschiedenen Methoden behandelte Distorsionen veranschaulicht. Hiernach wurden behandelt:

a) nach der immobilisirenden Methode (1771—1872)

42 Fälle (vorzugsweise Distors. pedis), mit in Summa 1078 Behandlungstagen, oder pro Kopf und Verletzung 25,6 Tage.

b) mit der Massage (1873—1874)

37 Fälle (desgl.), mit in Summa nur 344 Behandlungstagen, oder pro Kopf und Verletzung 9,03 Tage.

Es ergiebt sich mithin, bei einer Durchschnittszahl von etwa 40 Beobachtungen für jede Behandlungsweise, die sehr bemerkenswerthe Abkürzung der durchschnittlichen Heilungsfrist um 15 Tage zu Gunsten der Massage.

Schliesslich empfiehlt M. das Verfahren noch als diagnostisches Hülfsmittel bei manchen Fracturen, zur schnellen Beseitigung von starken Schwellungen, welche die Diagnose hindern.

Arn. Hiller (Berlin).

Krönlein. Historisch-kritische Bemerkungen zum Thema der Wundbehandlung.

(Arch. f. klinische Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1. p. 74—98.)

(Ein Ueberblick über die Entwickelung der verschiedenen Wundbehandlungsarten bis zur neuesten Zeit.)

Die Reaction gegen den Unrath der sonderbarsten, ohne jede Kritik verwendeten Verbandmittel des Alterthums und des Mittelalters beginnt nach Verf. erfolgreich erst zu Ende des vorigen und Anfang des jetzigen Jahrhunderts. Sie führte auf der einen Seite zu einer Wundbehandlung, welche sich von der jetzigen offenen wenig unterscheidet und wesentlich an die Namen Vincenz v. Kern und Philipp v. Walther sich knüpft; andererseits zu einer Methode, welche das Prototyp aller späteren Occlusionsverfahren geworden ist

und an welche sich auch das antiseptic treatment direct anlehnt, nämlich zur Heilung der Wunden unter dem Schorf ohne Eiterung. J. Moore, Hunter, A. Cooper u. A. machten sich vor Allen um die Cultivirung dieses Verfahrens verdient. Erst Lister indess erklärte sich die Thatsache, dass bei der Hunter'schen Schorfheilung die Eiterung fehle, genauer. Nach seiner Theorie lag die Ursache der letzteren bei offenen Wunden in der fauligen Zersetzung des ersten Wundsecrets. Diese Zersetzung wurde eingeleitet durch die in der Luft suspendirten staubartigen Bestandtheile: dadurch, dass der trockene Blutschorf diese letzteren von der Wundfläche fernhielt, verhinderte er Zersetzung und Eiterung. Indem es ihm gelang, die Einwirkung dieser festen Luftbestandtheile auf Wunden zu paralysiren, löste er das Problem, nicht nur einzelne kleinere, sondern auch grössere Wunden, die sich zur unmittelbaren Vereinigung nicht eignen, mittelbar und ohne Eiterung heilen zu lassen.

Die Frage der praktischen Bedeutung des Lister'schen Verfahrens ist nach Verf. noch nicht gelöst. Er meint, dass sehr sorgfältige Statistiken nothwendig sein werden, um zunächst den Cardinalpunct, d. h. über die Grösse der Mortalität und über das Verhältniss derselben zu der nach der offenen Wundbehandlung beobachteten Sterblichkeitsziffer zu ermitteln. **Wilh. Koch** (Berlin).

H. Bose. Zur antiseptischen Wundbehandlung.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 28.)

Verf. hat Versuche gemacht, eine concentrirtere Lösung von Salicylsäure in Wasser zu erhalten, als die Thiersch'sche 1 : 300. Er fand, dass 10 Theile Salicylsäure in 100 Wasser gelöst bleiben, wenn man 8 Theile Borax zusetzt, und dass die Salicylsäure alsdann nicht ausschliesslich als salicylsaures Natron, welches bekanntlich als Antisepticum unwirksam ist, gelöst sei. Folgendes Experiment beweist, dass die Salicylsäure als solche in Lösung bleibt: 6,9 Salicylsäure werden in 100 Aq. durch Kochen gelöst, und mit 2,89 doppeltkohlensaurem Natron versetzt. Es entweicht die Kohlensäure und das Natron wird durch Salicylsäure gebunden; beim Erkalten starrt die ganze Flüssigkeitsmenge von ausgeschiedener crystallisirter, überschüssiger Salicylsäure. Erwärmt man wieder bis zur Lösung und fügt 3,58 Borsäure zu, so bleibt die Lösung beim Erkalten beständig. Durch Borsäure allein ist die Lösung nicht zu erzielen. Ein Quantum Eiter wurde mit concentrirter wässeriger Salicylsäurelösung gemischt und ein zweites mit gleicher Menge $2^1/_2$% Salicylsäure-Boraxlösung. Das erste begann nach 8 Tagen sich von oben an zu verfärben und schimmelte; das zweite Präparat blieb unverändert. Bei kleineren Operationen hat B. seine Lösung vielfach mit grossem Erfolg angewandt. Von zufälligen Wunden sei der Fall erwähnt, dass eine gerissene Wunde, welche eine Sehne getrennt

und das darunter liegende Metakarpo-phalangealgelenk weit geöffnet hatte, ohne Eiterung unter dem ersten Verbande heilte. Zu Unterbindungen und Suturen verwendet Verf. Catgut und legt grossen Werth darauf, zu Nähten die dünnsten Fäden zu gebrauchen. — Lösungen mit mehr als 4—5% Salicylsäure sind zum Desinficiren unzweckmässig, da sie reizen; auch kommen dabei manchmal capilläre Blutungen vor.

v. Mosengeil (Bonn).

H. P. Bowditch. Ein Instrument zur Bestimmung der Färbekraft des Wassers verschiedener Flüsse.

(Reports of the medical Commission upon the sanitary qualities of the etc. river-waters.)

Rockwell and **Churchill**, Boston 1875.

Als Mitglied einer Commission, welche entscheiden sollte, in wie weit das Wasser verschiedener Flüsse tauglich war, durch eine Wasserleitung der Stadt Boston zugeführt zu werden, construirte B., um eine Norm für die Färbung der verschiedenen Wässer zu gewinnen, folgenden Apparat: Zwei Metallrohre sind luftdicht in einander verschiebbar und werden einseitig durch genau aufpassende Glasplatten verschlossen. In dem nicht verschlossenen Ende des inneren Rohrs steckt ein schwaches (Hartnack'sches) Ocular. In dieser fernrohrähnlichen Vorrichtung wird nun durch die beiden Glasplatten ein cylindrischer Raum abgegrenzt, dessen Höhe wechselt mit der stärkeren oder geringeren Einschiebung der Rohre in einander, und welcher durch ein eingelöthetes Röhrchen hindurch mit einem die zu untersuchende Flüssigkeit enthaltenden Gefäss communicirt. — Zwischen den mit Flüssigkeit gefüllten Cylinder und das Ocular ist ein rechtwinkelig geschliffenes Doppelprisma so eingefügt, dass der eine Winkel des Rhombus über die äussere Rohrhülse hinausragt. Bringt man nun eine weisse Fläche vor die äusserste Glasplatte der Vorrichtung, und stellt das Ocular auf den oberen Rand des Prisma ein, so kommen in's Gesichtsfeld einmal Strahlen, die am Tubus vorbei den vorspringenden Winkel des Prisma treffen, hier doppelt reflectirt werden und so zur Perception gelangen und dann Strahlen, welche direct in der Längsaxe des Instrumentes sich bewegen, aber erst den Flüssigkeitscylinder durchdringen müssen, ehe sie zum beobachtenden Auge gelangen. So erscheint jetzt das Gesichtsfeld halb weiss und halb gefärbt, und zwar je nach der gewählten Höhe des Flüssigkeitscylinders. Fügt man vor den vorspringenden Winkel des Prisma eine gefärbte Glasplatte ein, so ist jetzt auch die zweite Hälfte des Gesichtsfeldes gefärbt. Auf diese Normalfärbung kann nun diejenige der Flüssigkeit sehr einfach dadurch gebracht werden, dass man durch Verschieben der Rohre (mit Hülfe einer Mikrometerschraube) die Höhe des Flüssigkeitscylinders ändert. —

Die Beschreibung dieses Apparates erscheint gerechtfertigt, weil derselbe auch für Farbenuntersuchungen von Körperflüssigkeiten

(Blut, Galle u. s. w.) sich bewähren dürfte, deren Gehalt an Farbstoffen zu bestimmen auf anderen Wegen mit vielen Umständen und Schwierigkeiten verknüpft ist. **Lesser** (Berlin).

Bouchut. Des signes ophthalmoscopiques différentiels de la commotion et de la contusion du cerveau.

(Comptes rendus T. 81. 1875. p. 102.)

B. hat sich zeit 10 Jahren mit sorgfältiger Aufnahme des ophthalmoskopischen Befundes bei der Hirnerschütterung und Hirnquetschung beschäftigt und glaubt nun sein Resultat, wie folgt, zusammenfassen zu können: In den Fällen, wo nur Hirnerschütterung vorliegt, zeigt der Sehnerv seine normale Form, Klarheit und Färbung, die Netzhaut bietet ebenso wenig wie die sie durchziehenden Venen eine merkliche Veränderung dar. Bei der Hirnquetschung dagegen (gleichgiltig, ob ihr Entzündung folgt oder nicht) oder bei serösem resp. blutigem Erguss in das Hirn, mit oder ohne Schädelfractur, erscheint der Sehnerv merklich geschwollen, abgeplattet, rosafarben, zuweilen reichlicher vascularisirt; seine Contouren sind weniger deutlich, er ist diffus oder circumscript von einem serösen Erguss durchsetzt, der sich auf die benachbarten Netzhautpartien mit opalin-durchsichtiger Färbung verbreitet; dadurch erscheint der Pupillarrand gleichsam verschleiert. Hat die Suffusion die Scheide des Sehnerven erreicht, so erscheinen die Retinalarterien bisweilen verengt. Die Netzhautvenen, die mehr oder weniger erweitert sind, weisen durch die Verlangsamung ihrer Circulation auf eine in ähnlicher Weise innerhalb des Schädels bestehende Stauung in der Blutbewegung hin. **J. Munk** (Strassburg i/E.).

Bouchut. Nouvelle méthode du traitement du rhumatisme cérébral par l'hydrate de chloral.

(Comptes rendus T. 80. 1875. p. 1341.)

Die Complication des acuten Gelenkrheumatismus mit Cerebralerscheinungen, denen in der Mehrzahl der Fälle eine acute Meningitis zu Grunde liegt, gilt für ein schweres und bedenkliches Symptom. Der ophthalmoskopische Befund ergiebt eine seröse Infiltration der Pupille und der benachbarten Netzhauttheile mit Erweiterung der Retinalvenen. Dieser sogenannte Hirnrheumatismus kündigt sich durch mehr oder weniger heftige Delirien an, die zuweileu sehr rapide zu Coma und Asphyxie und so innerhalb weniger Stunden zum Tode führen.

In drei Fällen derartiger Hirnerscheinungen im Gefolge des acuten Gelenkrheumatismus hat B. bei innerlichem Gebrauch von Chloral zu 3—6,0 p. dosi, mehrmals am Tage gereicht, gute Erfolge gesehen; es trat eine sofortige Verminderung der Hirnsymptome ein und alle drei Fälle gingen in Heilung über. **J. Munk** (Strassburg i/E.).



Th. Annandale. Behandlung des Zungencarcinoms mit Bericht über Zustand des Tastsinns und der Sprache nach der Exstirpation desselben.

(British med. Journal 1875. Vol. 1. p. 834.)

A. plädirt dafür, bei ausgesprochenem Carcinom nicht lange zuzuwarten, sondern schnell zu operiren, nicht aber kleine Excisionen zu machen, sondern bei einseitiger Erkrankung sogleich die Hälfte der Zunge, bei Verbreitung des Carcinoms über die Mittellinie die ganze Zunge zu opfern, bei Erkrankung der Spitze hinter derselben im Gesunden die galvanocaustische Schneideschlinge resp. den Ecraseur anzulegen. Bei Entfernung der halben oder ganzen Zunge räth A. nach dem Syme'schen Verfahren die Haut der Lippen-, der Kinn- und der Unterkinngegend in der Mittellinie bis zur Gegend des Zungenbeins zu spalten, den Unterkiefer in der Symphyse zu trennen, nach beiden Seiten auseinandergezogen zu halten und nun die Abtragung mit galvanocaustischer Schneideschlinge oder Ecraseur zu machen, da erfahrungsgemäss nach der Messer-Operation die meisten Fälle von Pyämie und Phlebitis gefolgt sind. Am besten werde stets die Zunge in der Mittellinie gespalten und je nach Bedarf die eine oder beide Hälften entfernt. Nöthigenfalls müssten die arcus gloss. palat. quer eingeschnitten werden. Nach der Operation werden die Kieferhälften durch Drathsutur geschlossen, ebenso die Weichtheile vereinigt; die ersten 2—3 Tage kann die Ernährung mittelst der Schlundsonde nothwendig werden. Ein Operations-Fall dieser Art wird ausführlich wiedergegeben.

Hieran schliesst sich der Bericht G. Mc. Kendrick's über einige physiologische Untersuchungen eines solchen Operirten. Die Tastempfindung ist normal an den Lippen, an dem Zahnfleische, der Wange, dem Boden und Gewölbe der Mundhöhle, ist erhöht an der Narbe; die Geschmacksempfindung, prompter für leicht lösliche Gegenstände, war deutlicher an den Rändern der Narbe als an den mittleren Theilen derselben; Säuren, Tannin und scharfe Stoffe, als Senf und Alkohol, gaben keine Geschmacksempfindung nur die Empfindung des Brennens; Reste von Papillae circumvall. konnten in der Umgegend der Narbe nicht mehr aufgefunden werden. Beigeschmack und Ekel waren normal. Ueber die Untersuchungen der Stimme und der Sprache muss das Original nachgesehen werden. **Pilz** (Stettin).

Ohlemann. Beitrag zur Statistik der Oberkiefergeschwülste.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 3. p. 463—476.)

Ein Ueberblick über die in der Göttinger chirurgischen Universitätsklinik seit 1856 zur Beobachtung gekommenen und operirten 32 Oberkiefergeschwülste. Carcinome kamen am häufigsten vor; sie machten 15 mal die totale, 2 mal die partielle Resection nöthig.

Unter den Sarcomen figuriren 5 Riesenzellen-, drei Spindelzellen-, ein Rundzellen- und ein Medullarsarcom, von denen nur letzteres und ein zu bedeutender Grösse angewachsenes Riesenzellensarcom die totale Resection erforderten. Als vereinzelte Fälle schliessen sich ihnen zwei Cylindrome mit partiellen Resectionen, 2 Epitheliome mit fast totaler und ein Enchondrom mit totaler Resection an. Unter den 20 totalen Resectionen befinden sich 3 Todesfälle und 17 Heilungen, unter den 12 partiellen kein Todesfall. Die Carcinome endeten, auch wenn die Resection gelungen war, 1—3 Jahre nach derselben tödtlich. — Bronchopneumonien wurden durch strengste Desinfection der Wunde vermieden. Nachblutungen tödteten 2 mal; Erysipele traten öfter auf, hatten aber keine erhebliche Bedeutung.

Die Diagnosen der Tumoren, in specie die differentiellen zwischen Sarcom und Carcinom stützen sich nur zum Theil auf genaue mikroskopische Untersuchungen. **Wilh. Koch** (Berlin).

R. Krieg. Beiträge zur Lehre vom Enchondrom der Speicheldrüsen.

Inaug. Diss. Tübingen. 1874.

Die Arbeit enthält eine kurze Besprechung der pathologisch-anatomischen und klinischen Eigenthümlichkeiten der Enchondrome der Speicheldrüsen und eine Zusammenstellung von 61 Fällen derselben aus der Litteratur und den Journalen der Tübinger chirurgischen Klinik. Es gehören hiervon 53 Fälle der Parotisgegend, 6 der Submaxillargegend und 2 der Sublingualgegend an. Die in der Tübinger Klinik beobachteten und operirten 9 Fälle werden ausführlich mitgetheilt. Unter denselben befinden sich 7 Fälle von Enchondromen der Parotisgegend, von denen 4 innerhalb und 3 ausserhalb der Drüsensubstanz ihren Ursprung genommen hatten; 2 mal bestand Combination mit Carcinom, 1 mal mit Myom, 1 mal mit Cystenbildung (seit dem Abschlusse dieser Arbeit sind noch 2 weitere Fälle von reinen Enchondromen der Parotis in der Tübinger Klinik beobachtet worden. Ref.). Die übrigen 2 Fälle betreffen Enchondrome der Submaxillardrüse bei einem 28jährigen Manne und einer 36jährigen Frau (ein 3. Fall bei einer Frau von 68 Jahren ist im Juni dieses Jahres vom Ref. exstirpirt worden). — Als Anhang folgt noch die Mittheilung einiger Fälle von Enchondromen in anderweitigen Weichtheilen, um die in der Tübinger Klinik beobachteten Weichtheil-Enchondrome überhaupt zusammen bekannt zu geben. Der 1. Fall betrifft ein Enchondrom des linken Testikels bei einem 25jährigen Manne, welches durch die Castration entfernt wurde, der 2. Fall ein Echondrom im Unterhautzellgewebe der Stirne bei einer Frau von 32 Jahren, der 3. Fall ein wallnussgrosses Enchondrom der Oberlippe (ausser diesem sind nur noch 3 Fälle von Enchondrom der Lippen von Paget, Dolbeau und Puppe bekannt gegeben; ein

5. Fall bei einem 60jährigen Mann ist vor Kurzem wieder in der Tübinger Klinik beobachtet und exstirpirt worden. Ref.).

P. Bruns (Tübingen).

Thaden. Ueber Wirbelverletzungen.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 3. p. 425—463.)

Unter etwa 1200 im Altonaer Krankenhause zwischen 1861 und 1874 incl. behandelten Fracturen sind 28 Wirbelbrüche bei 26 Männern und 1 Weibe notirt. Die Pat. standen zwischen dem 19. und 70. Lebensjahre; bei etwa 10 derselben waren Lähmungen entweder nicht oder nur in ganz geringfügiger Art nachweisbar.

Halswirbel. Verstauchungen derselben kamen bei 13 Männern vor, stets als Nebenverletzungen und anscheinend nicht durch directe Gewalt. Alle klagten über lebhaften Nackenschmerz und Empfindlichkeit bei Druck resp. Rotation. Schlingbeschwerden, Lähmung der Blase und Extremitäten wurden nur je einmal, Uebergang in Spondylitis niemals, auch nicht bei Scrophulösen beobachtet.

Unter den 9 Brüchen sind zu erwähnen, einer des proc. odontoideus, einer im Körper und in der linken Bogenhälfte des Epistropheus. Die damit Behafteten kamen zu Fuss ins Spital, konnten den steif gehaltenen Kopf nicht drehen, hatten keine Gliederlähmungen, aber heftigen Schmerz in der oberen Nackengegend. Die Section verificirte die Verletzung einmal nach 8 Tagen, einmal nach $5^1/_2$ Jahren.

Zweimal kamen Diastasen der durch Rheumarthritis ankylosirten Halswirbel zur Beobachtung. Sie führten schnell zum Tode.

Im Bereich der 8 oberen Rückenwirbel zeigten sich bei 3 Individuen zum Theil mehrfache Brüche, bei 4 anderen Contusionen. Im letztern Falle waren schmerzhaft: einmal der 4., einmal der 1. Wirbel, die anderen Male sämmtliche oberen Wirbel resp. die Gegend zwischen den Schulterblättern. Lähmung kam nur 1 mal vor und verschwand in 14 Tagen.

Bezüglich der Wechselwirkung zwischen diesen Contusionen und der Spondylitis erwähnt Verf., dass von 8 mit Wirbelvereiterung behafteten Erwachsenen nur 2 und der eine gewiss mit Unrecht ein Trauma als deren Ursache angaben.

An den 4 untern Dorsalwirbeln und den Lendenwirbeln wurden 17 Contusionen, meist Folge gewaltsamer Vornüberbeugung, nachgewiesen. Gebrochen waren die 4 unteren Rücken- und der 1. Lendenwirbel bei 8 Männern. Von diesen waren 5 gelähmt. Die Lähmung verlor sich in 5 Wochen bei 2, die 3 übrigen starben. Die Diagnose stützte sich bei fehlender Lähmung und Crepitation auf die plötzliche Unfähigkeit zu stehen, auf den fixen Schmerz an der Bruchstelle, auf die Deformität (fehlende Lumbal-Lordose mit compensirender dorsaler Abflachung), auf die langdauernde Steifigkeit und das lange Krankenlager.

Die 4 unteren Lendenwirbel waren bei 6 Männern im Wirbelkörper gebrochen und zwar 2 mal mit Blasenlähmung, 1 mal mit

totaler Paralyse der Beine, viermal ohne sicher nachweisbare Lähmung derselben. Drei Männer von 36—42 Jahren kamen zur Section, welche nach der Verletzung die unteren Gliedmassen gut bewegt hatten, von denen nur 1 an Blasenlähmung litt. Der Bruch betraf den 2., 3. und 4. Lendenwirbel, und zwar stellte der 3. Wirbel eine sogenannte Compressionsfractur dar.

Die anscheinende Immunität des 5. Lendenwirbels, welche Gurlt's Casuistik von fast 300 Fällen vor 10 Jahren ergab, ist durch neuere Mittheilungen widerlegt. Trennung des Bogens zwischen oberem und unterem Gelenkfortsatz desselben ist sogar relativ häufig nachgewiesen und zum Theil wenigstens auf ein früheres Trauma zurückzuführen. —

Von 24 Erwachsenen mit Spondylarthrocace oder Kyphosis lumbodorsalis gaben 5 Trauma als Ursache ihrer Krankheit an.

Wilh. Koch (Berlin).

I. G. Kerr. Urinary calculus in China.

(New York med. Journal 1875. Bd. XXI. p. 596.)

Im Medical missionary society's hospital zu Canton in China wurden in den letzten 4 Jahren 151 Steinkranke operativ behandelt. Es werden 114 Lithotomieen mit 7 Todesfällen, 37 Lithotripsieen mit 1 Todesfall verzeichnet. — Eine übersichtliche Tabelle ordnet Operations- und Todesfälle nach dem Alter. Die Chinesen ziehen die Operation durch Schnitt vor.

Madelung (Bonn).

D. Budge. Ueber die Function des Musc. levator ani mit Rücksicht auf Pathogenese.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 27.)

Verf. giebt hier aus seinen Experimenten und Studien gewonnene Resultate, soweit dieselben für Praktiker hinsichtlich der Pathogenese von Interesse sind. Entweder sah man den Levator ani als Heber und Erweiterer des Anus oder (Cruveilhier, Henle, Leshaft) als zweiten Sphincter an. Zur richtigen Würdigung seiner Function ist sein Verhältniss zur Beckenfascie zu constatiren. Zu ihr hat er sowohl Ursprungs- als Ansatzpuncte, erstere am arcus tendineus, letztere an den beweglicheren Theilen. Bei Anspannung des Muskels wird die sonst nach unten trichterförmig sich vertiefende Fascie nach oben verflacht; durch diesen Gegendruck von unten wird die Bauchpresse vervollständigt, wird also unter Umständen Defaecation zu bewirken gesucht. —

Die Function des m. levat. ani als Fascienspanner ist nicht die wichtigste. Er entspringt ausser am arcus tendineus am ram. horiz ossis pubis, spina ossis ischii und vorderen Ende des Steissbeins Seine Fasern verlaufen so, dass der ganze infraperitoneale Theil de Rectum von ihnen eingeschlossen und bei Contractionen bis zum



After, der frei bleibt, eingeschnürt wird. Experimentell hat B. nachgewiesen, dass am eben getödteten Thiere Reizung des Muskels völligen Abschluss des Rectums für durchlaufendes Wasser bewirkte. Für Vögel hat schon Cuvier diesen Muskel als Sphincter erklärt. Als Defaecator wirkt er nur, wenn die Bauchpresse angewandt wird und der Sphincter ani nicht contrahirt ist. Nimmt aber die Contractionsfähigkeit des Levator ani ab, so kann Obstruction folgen (z. B. Nach langem Fahren, übermüdenden Märschen, bei allgemeinem Ernährungsmangel, bei Nervenaffectionen etc.).

Schliesslich beweisst Verf., dass nicht der Nélaton'sche Sphincter ani superior, sondern der Levator ani bei zerstörtem Sphincter ani vicariirend die Retentio alvi bewirkt. **v. Mosengeil** (Bonn).

Th. Annandale. Neue Operation für gewisse Fälle von hochgradigem Genu valgum.

(Edinburgh med. Journal 1875. July. p. 18.)

In Fällen von genu valgum, bei denen die Condylen des Oberschenkels sehr schräg geneigt stehen, kann man eine Besserung der Stellung des Unterschenkels dadurch erreichen, dass man den Oberschenkel, wenn auch seine Axe im mittleren oder im unteren Drittel gekrümmt ist, an der Abknickungsstelle durchtrennt und gerade richtet, oder dass man von den Condylen des Oberschenkels durch eine genau horizontale Schnittlinie die schräg geneigte Epiphysenpartie entfernt. Obwohl der letztere Vorschlag wegen der damit verbundenen Eröffnung des Kniegelenks der gefährlichere ist, so hat ihn A. dennoch, weil er ihm als der sichere erschien, und er durch streng gehandhabtes »antiseptisches« Verfahren den Gefahren der Kniegelenksentzündung vorzubeugen hoffte, bei einem 6jährigen Mädchen erfolgreich durchgeführt. — An der Innenseite des Kniees wurde ein 5 Zoll langer Längsschnitt gemacht, das Gelenk eröffnet, die ligg. lateralia (das int. und das ext.) und die ligg. cruciat. quer durchtrennt, und nun in horizontaler Schnittlinie die darüber vorspringende Partie beider Condylen abgesägt. Das jetzt vollkommen geradlinige Bein wurde auf eine Schiene gelagert. Operation und Verband geschahen natürlich unter antiseptischen Cautelen. Geringe Eiterung trat ein, doch brauchte am 8. Tage der Verband nur alle 2 Tage gewechselt zu werden. Nach 6 Wochen volle Heilung; beide Beine waren gleich lang, seitliche Bewegung im Knie nur in geringem Grade möglich, aber leider Flexion und Extension ebenso beschränkt. Daher nach 5 Wochen in der Narkose Trennung der Adhäsionen im Gelenk durch forcirte Beugung. Nach 2 Tagen ging das Kind mit Hülfe von Krücken wieder umher; die Beweglichkeit im Gelenk war entschieden gebessert (Endresultat nicht angegeben). **Pilz** (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

Chr. Heath. (University College Hospital.) Zwei Fälle von Arterienvereiterung.

(The Lancet. 1875. Vol. II. p. 50.)

1. Eine 28jährige Frau hatte einen kleinen cystischen Tumor an der Aussenseite des Unterschenkels, 3″ unter dem Knie, der früher durch Punction entleert, jetzt von H. exstirpirt wurde. Am 3. Tage erfolgte ein Frostanfall, dann Röthung des Beines mit nachfolgendem Oedem und Schwellung der Inguinaldrüsen. Bei constant hohem Fieber zunehmende Schmerzen um das Knie, besonders an der Innen- und Hinterseite. Das Knie selbst schwillt an, unter Entwickelung eines Abscesses an der Innenseite des Oberschenkels. Incision, profuse Eiterung, hohe Prostration der Kräfte. 16 Tage vor dem Tode profuse Blutung aus der Incisionsstelle; 6 Tage vor dem Tode Gangrän einiger Zehen; kein Puls in Tibialis ant. und post. Tod durch Erschöpfung. — Section: Kniegelenk hochgradig verändert, communicirt durch mehrere Oeffnungen mit dem grossen Oberschenkelabscesse, der zwischen sämmtliche Muskeln sich hinauferstreckt und bis zur Operationsstelle herabreicht; das Tibio-Fibular-Gelenk normal. Die Art. poplit. lag in der Abscesshöhle an dem vorspringenden Theile des condyl. int., hier war ihre vordere Wand auf 1 Zoll Länge arrodirt, ebenso $^1/_8$″ weit ein an ihrer Innenseite abgehender starker Ast, der jetzt mit schwachem Thrombus verschlossen intra vitam die Blutung geliefert hatte. Unter der arrodirten Stelle war die Intima der Poplitea sehr verdickt; ein sehr weicher Thrombus befand sich in der erkrankten Arterie. Ausser diesen Veränderungen noch rechtsseitige Pleuro-Pneumonie.

2. In Folge eines Stosses hatte sich bei einem sonst vollkommen gesunden Manne eine chronische Ellenbogenentzündung ausgebildet, die zu einer fast vollkommenen Ankylose geführt hatte. H. versuchte mit scheinbar gutem Erfolge forcirte Streckung, der gewonnenen Beweglichkeit folgte aber schnell heftige Entzündung mit mehrfachen Abscedirungen. Trotz fortgesetzten passiven Bewegungen wurde nicht viel erreicht und deshalb die Excision des Gelenks vorgenommen. Hierbei erfolgte ein kleiner Hautriss an der Beugeseite des Gelenks. Am 5. Tage fand an dieser Stelle eine beträchtliche Blutung statt, die am 9 Tage wiederkehrte und die directe doppelte Unterbindung des blutenden Gefässes in der erweiterten Wunde erforderte. Trotzdem trat noch eine 3. Blutung ein und man machte jetzt die Ligatur der Brachialis im mittleren Drittel; eine fernere Blutung führte zur Amputation im Oberarme. Schon nach wenigen Stunden erfolgte hierauf der Tod. Einige Tage vorher hatte man noch linksseitige Pleuritis diagnostizirt. Section: Die obere Ligatur umschloss eiterndes Bindegewebe an der Vorderseite der Arterie und lag der unteren sehr nahe, letztere umschloss genau die Arterienwand, aber unter ihr war die vordere Arterienwand auf 1″ Länge gänzlich geschwunden bis zur Bifurcationsstelle, woselbst Radialis und Ulnaris in einen Sinus ausmündeten: zwischen beiden Ligaturen ging kein Gefäss ab. Vena brachial. enthielt kein Gerinnsel; die übrigen Gefässe waren normal; die Brachialis-Ligatur lag etwas unter der Stelle, wo anastomotische Zweige von dem Hauptstamm abgingen. **Pilz** (Stettin).

J. W. Howe. Transfusion of goat's-milk.

(New York med. Journal. 1875. Bd. XXI. p. 506.)

Ein 39jähriger Arbeiter litt an chron. rheumat. Arthritis des Kniegelenks, Lungen- und Peritoneumtuberkulose. Nachdem P. mehrere Tage keine feste Nahrung genommen und seine Kräfte rasch verfielen, wurden ihm $1^1/_2$ Unzen Ziegenmilch in die vena cephalica »auf die gewöhnliche Art« transfundirt (Blut konnte

nicht rasch genug beigeschafft werden). Der Pat. klagte über Schwindel, Trübung des Gesichtsfeldes und Nystagmus. Puls unverändert. Wenige Minuten später waren diese Symptome verschwunden. Injection einer weiteren Unze Milch. Als 4 Minuten später abermals eine Unze eingespritzt wird, klagt der Pat. über Schmerz in der Brust und Kurzathmigkeit. Als jetzt die Kanüle entfernt wurde, verschwand Beides. Der Puls schien sich gehoben zu haben. Acht Stunden später wiederum Injection von 3 Unzen. Am folgenden Tag fühlte sich Pat. viel besser und wünschte eine neue Injection. Ein Tag später Tod. Die Venen, in welche die Milch injicirt war, waren gesund. Verf. glaubt, dass diese Transfusionen weder den Tod des Pat. beschleunigt, noch sein Leben um eine Stunde verlängert haben. **Madelung** (Bonn).

W. Mosler. Ueber arterielle Transfusion defibrinirten Menschenblutes bei Darmblutung im Verlauf von Typhus abdominalis.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 20.)

Nach einer erschöpfenden Blutung in dem durch die Ueberschrift charakterisirten Falle wurde eine arterielle Transfusion ausgeführt; von einer venösen wurde wegen hochgradiger Herzschwäche Abstand genommen. Genesung.

v. Mosengeil (Bonn).

C. Schwalbe. Electrotherapeutische Beiträge.

(Virchow's Archiv Bd. LXIII. p. 462.)

Varicen, chronische Beingeschwüre, Elephantiasis, ferner Erysipele, Phlegmonen, Urticaria, Entzündungen einzelner Gelenke sowie acute und chronische Polyarthritiden hat S. durch Behandlung der benachbarten Haut mit der electrischen Geissel behandelt und will hierbei gute, oft überraschend glänzende Erfolge erzielt haben; bei Beingeschwüren, bei Erysipelen, selbst bei der Gesichtsrose wurden die Pat., nach den Angaben von S., nur ambulant behandelt. — Dann werden noch ausgezeichnete Heileffecte bei Pleuropneumonie und Lungenphthise von der Anwendung der electrischen Geissel auf die Haut des Thorax berichtet und giebt S. an, dass er schon jetzt »diese neue Methode« veröffentliche, um sich die Priorität der Erfindung zu wahren. **Madelung** (Bonn).

J. Lewis Smith. Erysipelas, and its effect on a child at the breast.

(New York med. Journal 1875. Bd. XXI.)

Die Amme eines 7 Wochen alten Kindes erkrankte an Erysipel. Das Kind nahm noch 2 Tage lang die Brust, bekam dann Diarrhoe und starb nach 3 Tagen. In der Peritonealhöhle wurden 2 Unzen Eiter gefunden. **Madelung** (Bonn).

E. Schweninger. Beitrag zur Lehre vom Enchondrom.

(Aerztl. Intelligenzblatt 1875. No. 24. p. 241.)

Mittheilung eines Falles von Enchondrom der Tibia bei einem 17jährigen Mädchen, durch Trauma entstanden. Amputation des Oberschenkels nach Gritti, 13 Monate später tödtlicher Ausgang in Folge von metastatischer Enchondrombildung im Becken und in den Lungen. Die genaue anatomische Untersuchung stellte fest, dass der metastatische Beckentumor seinen Ausgang von den Lumbal- und Retroperitonealdrüsen durch Infection auf dem Wege der Lymphgefässe genommen hatte; die Enchondromknoten in den Lungen dagegen waren durch den Blutstrom verschleppt, indem die Geschwulstmasse im Becken in die Vena cava hineingewuchert war und sich die Lungenarterien mit Thromben derselben Neubildung ausgestopft zeigten. **P. Bruns** (Tübingen).

Müller. Ein Fall von Carcinom der männlichen Brustdrüse.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. V.)

Der Fall bietet keine Besonderheiten. Es kam widerholt zu Recidiven in der Narbe, die geätzt wurden; schliesslich glaubte M. bei Anwendung des constanten electrischen Stromes ein verlangsamtes Wachsen der Neubildung zu bemerken.

Gersuny (Wien).

Otis. Caries of the vertebrae; Tubercular disease of kidneys and testicles.

(New York med. Journal 1875. Bd. XXI. p. 514.)

Ein 42jähriger Mann litt seit Jahren an den heftigsten Schmerzen beim Uriniren. Blasenkatarrh, Abgang von Blut und kalkigen Massen mit dem Urin gesellten sich zu den Schmerzen, welche sich so steigerten, dass dem Pat. das Leben zur Qual wurde. Obgleich kein Stein zu entdecken war, wurde der mediane Steinschnitt ausgeführt. Man vermuthete einen Stein in einem Divertikel der Blase und hoffte jedenfalls durch die Operation Besserung des Blasenkatarrhs. Es wurde kein Stein gefunden. Ein Monat lang wurde die Blasenwunde offen gehalten. Die Linderung der Schmerzen dauerte einige Monate. Pat. starb nach Jahresfrist an Caries der Wirbelsäule. Die rechte Niere war hochgradig cystisch degenerirt, die linke, dreimal grössere, enthielt einen grossen Abscess. Die Blasenwandungen waren verdickt. Hinter der Prostata fand sich ein Divertikel, »der gut geeignet war, einen Stein zu enthalten«, aber keinen enthielt. Der rechte Hoden tuberculös entartet.

Madelung (Bonn).

Dupont. Luxation complète de la moitié droite du bassin.

(Archives médicales belges. 1875. Hft. 7.)

Ein Pionier wurde während der Uebungen an der Schelde mit dem Rumpf heftig zwischen zwei Pontons eingekeilt, zwar gleich befreit, doch ohnmächtig und pulslos in das Lazareth gebracht, wo er schon nach 3 Stunden starb. Aeussere Verletzungen waren an dem Manne nicht zu constatiren gewesen. Die Section erwies, ausser einem reichlichen Bluterguss in die rechte fossa iliaca, eine Trennung der Schambeinfuge und gleichzeitige Ablösung und Verschiebung des rechten Darmbeins im Ileo-Sacral-Gelenk nach hinten, sodass die ganze rechte Beckenhälfte mit der daran hängenden Extremität nach aussen und hinten luxirt erschien. Fracturen der Beckenknochen oder schwerere Beschädigungen der bedeckenden Weichtheile fehlten merkwürdigerweise.

Arn. Hiller (Berlin).

J. Fagan. Verletzung des Ileo-Sacral-Gelenkes beim Kinde.

(The Lancet. 1875. Vol. II. p. 49.)

Ein 4jähriges Mädchen zeigte nach Fall die linke Sacral- und Glutäal-Gegend stark geschwollen, die Haut darüber geröthet, glänzend, von starken Venengeflechten durchzogen; es bestand deutliche Fluctuation. Durch Aspiration wurden 14 Unzen dünnen Eiters entleert, anscheinend die Hälfte des Inhalts; am folgenden Tage erschien eine kleine Schwellung in der linken Inguinalgegend, die in den nächsten Tagen ebenfalls fluctuirte und per Aspiration 4 Unzen Eiter entleeren liess. Innerhalb der nächsten 24 Tage der Behandlung wurde 7 mal eine Eiter-Ausziehung bewirkt. Als Residuum des Leidens blieb eine tiefe Rinne zwischen proc. spin. des Kreuzbeins und dem hinteren Theile der crista ilei, welche unter Druckverband bald verschwand; das Kind konnte bei der Entlassung ohne jeden Schmerz normal gehen. In einer grösseren Auseinandersetzung über Differential-Diagnose dieses Falles stützt F. seine Diagnose auf die Gegend der Verletzung und die secundäre Eiteransammlung in der Leiste.

Pilz (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 38. **Sonnabend, den 18. September.** **1875.**

Ueber Rippenresection bei Empyem.

Von

Prof. **Roser** in Marburg.

Der Bearbeiter der Pleuritislehre in dem Ziemssen'schen Sammelwerk, Herr Dr. Fraentzel, lässt mich den »schlechten Rath« geben, dass man bei jedem Empyemschnitt eine Rippenresection machen solle. Gegen das Missverständniss, welches hier vorliegt, muss ich Verwahrung einlegen; mein Rath war immer nur der, dass man bei eng zusammengerückten Rippen, wenn dieselben die Entleerung des Eiters hindern, zur Resection schreiten soll. Und diesen Rath wird hoffentlich Niemand als schlecht bezeichnen wollen.

Die Fälle von Empyemfistel, bei welchen man die Rippen so eng zusammengerückt findet, dass sich das Einführen oder Einlegen einer Kanüle nicht wohl machen lässt, kommen nicht allzuselten vor.

Nachdem dies von Reybard schon lange gezeigt worden, haben sich wohl alle chirurgischen Kliniker hiervon überzeugt und es hat deshalb mein Vorschlag, in solchen Fällen ein Stückchen Rippe zu reseciren (Archiv für Heilkunde 1865), viele Nachahmung gefunden. Ich kann mich hier auf die chirurgischen Kliniker im Norden und Süden berufen. Ich könnte auch noch eine Reihe von neuern Fällen aus der Marburger Klinik anführen, es scheint mir dies aber unnöthig und somit will ich lieber von der Verbesserung der Operation sprechen, als dass ich Längstbekanntes nochmals wiederholte oder Krankheitsgeschichten, wie sie auf jeder Klinik zu haben sind, abdrucken liesse.

Bei meinen ersten Operationen dieser Art war ich sehr sparsam mit Reseciren, ich fand aber, dass man genöthigt sein kann, die Operation zu wiederholen, wenn sich durch Knochenwucherung oder durch Hinaufrücken des Zwerchfells der Ausflussraum allzusehr wieder verengt. Ich rathe demnach, lieber ein grösseres Stück, drei bis sechs Ctm., wegzunehmen. Bei den Operationen der letzten Jahre habe ich es immer so gemacht. Einige Collegen, mit welchen ich über diesen Gegenstand sprach, theilten mir dieselbe Erfahrung mit.

An der Knorpelgrenze der Rippen ist die Resection sehr leicht zu machen, besonders bei Kindern. Hat man erst vorn den Knorpel durchschnitten, so lässt sich die Rippe sehr leicht an ihrem vorderen Ende fassen und hervorheben und die Operation wird dadurch zu noch grösserer Einfachheit und Sicherheit gebracht. Es versteht sich von selbst, dass man so viel als möglich subperiostal operirt und dass man die ganze Resection damit anfängt, das Periost zu spalten und die Weichtheile mit dem Meissel nach beiden Seiten abzudrängen.

Eine Gefässverletzung ist mir bei meinen zahlreichen Empyemoperationen nie vorgekommen, ich habe aber immer den Grundsatz befolgt, mehr dehnend, mit der Kornzange und den stumpfen Haken oder dem Finger, als schneidend, mir den Weg in die Pleurahöhle frei zu machen.

Es ist die Frage aufgestellt worden*), ob es nicht in manchen Fällen besser sein möchte, an zwei Rippen ein Stück wegzunehmen. Mir ist es nicht zweifelhaft, dass dies vortheilhaft sein kann und so habe ich schon früher und auch in diesem Sommer wieder danach gehandelt. Ein 5jähriges Kind mit schon viele Monate bestehender Empyemfistel hatte seine Fistel an der sechsten Rippe links, ganz nahe der Zwerchfellsinsertion; ich resecirte das entsprechende Rippenstück, sah aber gleich, dass dies auf die Länge schwerlich ausreichen würde. Somit fügte ich sogleich die Resection eines Stückchens aus der fünften Rippe hinzu. Es fand sich eine sehr merkliche Knochenwucherung zwischen und hinter den beiden Rippen und die Oeffnung wurde erst durch die zweite Resection weit genug, um den Zeigefinger in den Thorax einzuführen.

---

*) König, Lehrbuch I. p. 635.

Die Heilung ging in sehr befriedigender Art von statten.

Auch in der Nachbehandlung habe ich das Umwälzen der Kranken solcher Art sehr nützlich gefunden. Wo das Umwälzen nicht hinreicht, z. B. bei engen Empyemfisteln (die man doch nicht sogleich mit dem Messer angreifen will), kann durch Luft-Einspritzung, in Verbindung mit dem Umwälzen, die Austreibung des Eiters erleichtert werden. Doch wird das Lufteinspritzen nur mit Vorsicht und ohne Kraftanwendung gestattet sein; es sind mir verschiedene Fälle mitgetheilt worden, wo bei raschem Lufteinspritzen ein ohnmachtartiger Zustand oder sogar Apoplexie-Zufälle entstanden waren. Ich vermuthe, dass eine plötzliche Hemmung des venösen Rückflusses im Thorax die Ursache solcher Zufälle gewesen sein mag. Bei einem Falle solcher Art, welcher in meiner Abwesenheit in der Marburger Klinik vorkam, war eine plötzliche seitliche Lähmung und eine mehrtägige Aphasie, also sehr beunruhigende Erscheinungen, nach einer wohl zu raschen und gewaltsamen Injection von Luft beobachtet worden. Bekanntlich sind auch bei unvorsichtigen Wasserinjectionen ähnliche Zufälle in verschiedenen Kliniken zum Vorschein gekommen.

F. Sander. Ueber Geschichte, Statistik, Bau und Einrichtung der Krankenhäuser.

(Nebst einem Bericht über das Krankenhaus der Stadt Barmen.)

Köln 1875. **M. Dumont-Schauberg**'sche Buchhandlung.

Verf. erörtert in eingehendster und durchaus anregender Weise die praktisch so wichtigen Fragen, welche auf Bau und Einrichtung von Krankenhäusern Bezug haben. Die vortreffliche Arbeit soll gleichsam dem Bauprogramm des neu zu errichtenden Barmer Krankenhauses als Unterlage dienen. Wir empfehlen hiermit das lehrreiche Werk auf das Wärmste der allseitigsten Beachtung. —

Nach einem kurzen historischen Ueberblick »zur Geschichte der Krankenhäuser« bespricht Verf. zunächst die Krankenhaus-Statistik. Bezüglich derselben wird mit Recht betont, dass es fast niemals Werth hat, die Todten-Ziffern der verschiedenen Anstalten oder Jahre mit einander zu vergleichen, oder aus der Mortalität auf den Einfluss zu schliessen, welchen irgend ein Differenzpunct ausgeübt hat. Eine Gleichartigkeit zweier Krankenanstalten bezüglich des Krankenmaterials, der sanitären Verhältnisse etc., die solche Vergleiche gestattet, kommt fast niemals vor. Somit sind auch Statistiken, wie die von W. Farr vollständig werthlos, welcher bekanntlich eine Tabelle über die Sterblichkeits-Ziffer einer Anzahl von grösseren und kleineren Hospitälern aufstellt und es darnach für erwiesen hält, dass die Mortalität in grossen Hospitälern grosser Städte doppelt so gross ist, als in kleinen Krankenhäusern kleiner Städte. Nicht minder verfehlt ist der Versuch der Miss Nightingale, aus einer

Vergleichung der Sterblichkeit der Wärter mit jener der gleichalterigen übrigen Bevölkerung auf die gesundheitlichen Verhältnisse eines Krankenhauses zu schliessen. — Ebenso unsichere Resultate erzielt man, wenn man die Mortalität bestimmter Krankheiten als Maassstab für die Beurtheilung der Salubrität eines Krankenhauses anlegt, wie es z. B. Simpson in seinen bekannten Arbeiten über Hospitalism bezüglich der Amputationen gethan hat. Aus der blossen Zusammenstellung von 2098 Amputationen aus der Privatpraxis mit 10,8 % Mortalität und 2087 Fällen aus der Hospitalpraxis mit 41 % Sterblichkeit darf man nicht mit Simpson den Schluss ziehen, dass die grossen Hospitäler an sich grössere Gefahren bieten, dass deshalb an ihre Stelle Dörfer von kleinen eisernen einstöckigen Hütten treten müssen, die alle paar Jahre abgerissen und an einem anderen Orte wieder aufgebaut werden können. Es ist hier zu bedenken, dass die von Simpson gegebenen Notizen sowohl aus der Privatpraxis, als aus den einzelnen Krankenhäusern unvollständig sind; nicht minder zu betonen ist, dass die einzelnen Aerzte, abgesehen von dem verschiedenen Grade ihrer Glaubwürdigkeit etc., die Indication zur Amputation nicht in gleicher Weise stellen, dass endlich die Fälle selbst je nach der Art der Verletzung, nach der Zeit der Operation, je nach der Constitution der Kranken sowie bezüglich der Nachbehandlung etc. etc. durchaus ungleichartig sind, alles Momente, welche es verhindern, die Amputationsfälle als solche ohne weiteres in Beziehung auf den Einfluss der Oertlichkeit mit einander zu vergleichen.

Verf. erörtert sodann die Beeinflussung der Wunden durch die sog. Hospitalkrankheiten und die angeblich in Krankenhäusern leichter stattfindende Verbreitung der Infectionskrankheiten. (Exantheme, Ruhr, Typhus, Cholera, Puerperalfieber.) Bezüglich der ersteren steht fest, dass sie auch in der Privatpraxis vorkommen und man kann deshalb nach S. nur fragen, ob die sog. accidentellen Wunkrankheiten in den Hospitälern häufiger vorkommen, als in der Privatpraxis. Aber um hier eine praktisch brauchbare Antwort zu erhalten, fehlt es an genügendem statistischem Materiale. Dass die Pyämie und Septikämie in Krankenhäusern häufiger vorkommt, als in der Privatpraxis, ist wohl nur deshalb der Fall, weil die schweren Verletzungen, welche vorzugsweise dazu führen, meist in öffentlichen Krankenanstalten Aufnahme finden. So erklärt auch Billroth die Annahme, dass in schlechten Krankenhäusern viel und in guten wenig Pyämie vorkomme, für ganz unerwiesen, während in der That die Mehrzahl der Chirurgen der Ansicht sind, dass durch das Zusammenliegen vieler Wundkranken, durch mangelhafte Ventilation etc. der Häufigkeit der Pyämie Vorschub geleistet und durch gute Hospital-Einrichtungen dieselbe gemildert werden könne. Leider aber sind unsere Kenntnisse über die Entstehung der Pyämie noch gering, gleichwohl aber ist auf strengste Reinlichkeit, gute Luft etc. der grösste Werth zu legen; nur dürfen wir, wie S. mit Recht hervorhebt, nicht glauben, »mit diesen Mitteln alles Unheil verhüten zu können«. Während bei der

Pyämie der Kranke nach S. keinen specifischen Stoff erzeugt, der auf Andere übertragbar ist und hier dieselbe Krankheit hervorrufen kann, nimmt es derselbe bezüglich der Rose höchst wahrscheinlich, vom Hospitalbrand dagegen sicher an, dass es geschieht. Von den schweren Zellgewebs-Entzündungen ist es nicht erwiesen, dass sie durch Ansteckung entstehen. Selbstinfection ist für viele der letzten Fälle wahrscheinlich, während die von Billroth angenommene Impfbarkeit aller acuten Entzündungsprodukte nach den bisherigen Versuchen an complicirte Bedingungen bezüglich der Temperatur und Wassermenge gebunden ist. —

In einer kurzen Besprechung der Pilztheorie besont S. das Unsichere derselben, um so mehr, als noch nicht einmal der sichere Nachweis des constanten Vorkommens der Bacterien bei den betreffenden Wund- und Infectionskrankheiten gegeben sei. Wenn auch in Zukunft eine festere Begründung der Pilztheorie nicht unmöglich ist, so beeinflusst sie doch vorläufig wenigstens unsere praktischen Maassregeln der Krankenhaus-Verwalturg durchaus nicht. Bezüglich des Lister'schen Verbandes müssen grössere Erfahrungen abgewartet werden, bis wir dem Verband bei allen seinen sonstigen grossen Vorzügen auch die wichtigste Eigenschaft vindiciren können, dass er bei strengster Handhabung das Entstehen der Wundkrankheiten sicher verhindert. Aber es widerspricht nach Verf. entschieden den bisherigen Erfahrungen, dass alle Infection von Aussen den Kranken befällt und dass die Wundkrankheiten durch Verhinderung einer Aussen-Infection ganz vermieden werden könne. — Bezüglich der eigentlichen Krankenhaus-Statistik ist Verf. der Ansicht, dass sie keine sichere Antwort bezüglich der besten Einrichtung, der Bauart und Grösse eines Hospitals gebe. Nur allgemeine Erfahrungen und Erwägungen geben im Gegensatz zum Centralbau eine Reihe von Gründen für das Pavillon- oder Barackensystem (»Blocksystem«), wie Verf. besonders in dem 3. Theile seines Buches darlegt. Ausführlich und klar bespricht hier S. Bau und Einrichtung von Krankenhäusern, die Wahl des Bauplatzes und der Bauart, die Unterabtheilungen für die verschiedenen Arten von Kranken, die Krankensäle, Ventilation, Heizung, Beleuchtung, Mobiliar, Nebenräume der Krankensäle, Speise- und Waschküchen, Desinfections-Anstalt, Leichenhaus, Verwaltungsgebäude und Wasserversorgung. In den vorstehenden Capiteln legt Verf. seine Erfahrungen nieder, welche er zum Theil aus der Besichtigung zahlreicher Hospitäler gewonnen hat und bezüglich des hier gegebenen reichen Inhaltes müssen wir auf das Original verweisen. Den Schluss des Buches bildet die Geschichte und der gegenwärtige Zustand des Barmer Krankenhauses mit einer Statistik über grössere Operationen aus den Jahren 1862—1874 und einer Zusammenstellung des in den genannten Jahren stattgehabten jährlichen Krankenbestandes (cf. Orig.). **Tillmanns** (Leipzig).

C. G. Burger. Compendium der Operativ-Chirurgie.

Leipzig, Verlag von C. L. Hirschfeld. 1875.

Ein so dankenswerthes Unternehmen es gewesen sein würde, wenn der Verfasser sich die Aufgabe gestellt hätte, in der übersichtlichen Form eines Lehrbuchs dem Studirenden und Praktiker die zahlreichen Fortschritte zugänglich zu machen, welche auf dem Gebiet der operativen Chirurgie in der neueren Zeit fast nach jeder Richtung hin geschehen sind, so wenig hat der Autor sich bemüht, diesem gewiss von Vielen empfundenen Bedürfniss Rechnung zu tragen. Die Burger'sche Operativ-Chirurgie ist wieder nur eine der bisher leider vielfach gebräuchlichen Zusammenstellungen von unendlich vielen alten und ältesten Methoden und Namen, von Gutem und Schlechtem, Nützlichem und Verwerflichem, wobei es dem Leser trotz der jedem Methodencomplex angehängten »Würdigung« grossentheils selbst überlassen bleibt, sich das, was er brauchen und verantworten kann, herauszusuchen. Am meisten befremdet aber die fast peinliche Sorgfalt, mit welcher der Verfasser es vermieden hat, die glänzenden Errungenschaften der jüngsten Entwicklungsphase unserer Wissenschaft zu berücksichtigen. Was nicht ganz verschwiegen ist, ist entweder nur in durchaus ungenügender und unverständlicher Weise besprochen, oder Verf. findet sich in den wunderbarsten Irrthümern darüber befangen. In gleicher Weise sind eine ganze Reihe der neueren vervollkommneten Instrumente gänzlich ignorirt worden. So wird, um nur einiges hervorzuheben, unter den Methoden der Neurotomie und Neurectomie weder die Wagner'sche Aufmeisselung des Infraorbitalcanals, noch die Lücke'sche temporäre Resection des Jochbeins, noch die Paravicini'sche Durchschneidung des nerv. inframaxill. vom Munde aus der Erwähnung für werth gehalten; der Regnoli-Billroth'schen Methode der Zungenexstirpation, der Exstirpation des Kehlkopfes nach Billroth, der Niere nach Simon, der Tracheotomie nach Bose und Max Müller (nicht einmal die Tracheotomie inf. ist genannt), der Plastik der Unterlippe nach v. Langenbeck, der Rhinoplastik mit federndem Stützlappen nach Volkmann, der Operationen der Hypospadie und Epispadie nach Thiersch wird in dem ganzen Buche mit keiner Silbe gedacht. Die Catgutligatur ist nirgends erwähnt. — Der neue Aufschwung, welchen die Transfusion und ihre Technik genommen hat, wird mit den Worten abgefertigt: »Neuerdings hat man angefangen, frisches defibrinirtes Thier- (Kalbs- oder Lamm-) Blut zur Transfusion zu verwenden«. — Aus der sehr kurz gehaltenen Beschreibung des Esmarch'schen Verfahrens erfährt man nicht einmal, dass man sich zur Einwicklung des Gliedes am zweckmässigsten einer Gummibinde bedient. — Die Drainage kennt Verf. nur als eine Methode der Behandlung der Cystenkröpfe — u. s. w. Die zahlreichen sonstigen Unterlassungssünden aufzuzählen würde viel zu weit führen, und mache ich daher nur noch auf die Capitel über Ankylosen-

operationen und Osteotomieen aufmerksam, die auch ihrerseits an Vollständigkeit sehr viel mehr zu wünschen übrig lassen, als man selbst von einem kurz gehaltenen Lehrbuche erwarten sollte. — Aehnlich verfährt Verf. mit den Instrumenten. Die Nélaton'sche Sonde, die electrischen Kugelsucher, die amerikanische und Löffler'sche Kugelzange finden in seinem Buche keinen Platz. Bei der Besprechung der Operation der Ohrpolypen wird gerade das Instrument, dessen sich alle Ohrenärzte so gut wie ausschliesslich bedienen, der Wilde'sche Polypenschnürer, nicht erwähnt. Ebenso findet sich nichts von einem Bruns'schen scharfen Löffel, nichts von einem Süersen-Hohl'schem Obturator bei Gaumenspalte, nichts von einem Langenbeck'schen Nähwerkzeug für die Uranoplastik und Staphyloraphie, nichts von einem Meier-Meltzer'schen Drahtecraseur für Uteruspolypen. Von allen Tourniquets wird nur das Schraubentourniquet von Petit erwähnt. — Die Beschreibung der neueren amerikanischen Zahnzangen lässt die wirkliche Gestalt der Instrumente kaum ahnen u. s. w. —

Die pathologischen und therapeutischen Anschauungen des Verf. sind damit im Einklang. Die Warnung vor der »Beleidigung der inneren gefässreichen Auskleidung« der Todtenlade bei der Necrotomie (p. 88), die Vorschrift, nach jeder bedeutenden Operation der Art mehrere Tage Eisumschläge zu machen (p. 89), der Rath, nach einer Gelenkresection die Wunde »ganz oder theilweise« zuzunähen (p. 97), die Empfehlung der Ligatur »bei alten Mastdarmfisteln, bei denen eine schnelle Heilung nicht wünschenswerth ist« — der unbedingte Vorzug, der der Goyrand'schen Methode der Excision von Gelenkkörpern in zwei Acten eingeräumt wird, mögen nur als einzelne Beispiele für den Geist, der das Ganze durchweht, herausgehoben werden. —

Auch in Bezug auf die Wundbehandlung, auf welche Verf. an zahlreichen Stellen zu sprechen kommt, sucht man vergebens nach den Spuren eines Einflusses der letzten Jahrzehnte. Naht, Eis, vorzugsweise aber Heftpflaster und Charpie — das ist alles. Der bis dahin sorgfältig verschwiegenen offenen Wundbehandlung geschieht nur bei den Amputationen (p. 141) in folgender eigenthümlicher Weise Erwähnung: »Schapira unterlässt jede Vereinigung, weil dadurch das Wundsecret zurückgehalten werde. Er belegt die Wunde einfach mit einem Leinwandläppchen und versucht die Wundränder erst mit Heftpflaster einander zu nähern, wenn die Granulation der Wunde in vollem Gange ist.« Sind Burow, Rose, Krönlein dem Verf. unbekannt? Dass das antiseptische Verfahren in dem ganzen Buche einfach todtgeschwiegen wird, kommt einem nach dieser Probe von Litteraturkenntniss fast selbstverständlich vor. —

Was das Buch an Vollständigkeit und Kritik leistet, beweist aber wohl am besten der Artikel über Ovariotomie, in welchem beispielsweise von allen Methoden der Behandlung des Stiels nur die Massenligatur mit folgendem Einnähen desselben in die Bauchwunde

genannt und schliesslich die Kritik der Operation in folgender naiver Weise eingeleitet wird: »Die Exstirpation endlich betreffend, so gehen die Ansichten der Wundärzte über die Zulässigkeit derselben weit auseinander. Die statistischen Notizen sprechen nicht zu Gunsten der Operation; diese weisen nach, dass $^1/_3$—$^2/_5$ der Operirten derselben zum Opfer fiel, und dass bei etwa dem vierten Theile die Operation unvollendet bleiben musste. Nach diesen Ergebnissen ist es nicht zu verwundern, dass diese Operation gegenwärtig nur höchst selten mehr zur Ausführung kommt.« Bei einer Operation, in Betreff deren die Einzelstatistik mancher Operateure der Zahl 1000 nicht mehr fern steht, gewiss eine mehr als sonderbare Behauptung.

Ref. ist daher nicht in der Lage, dem Verf. Recht zu geben, wenn er in seinem Vorwort behauptet, dass »der Praktiker alles Wissenswerthe in gedrängter Kürze in seinem Buche vorfinde«.

Schede (Halle).

A. Guérin. Rôle pathogénique des ferments dans les maladies chirurgicales.

(Gaz. hebdom. 1875. No. 4.)

Gosselin rapportirt über die obige Arbeit G.'s, und hebt hervor, dass G. in derselben nur einzelne chirurgische Krankheiten, insbesondere die Amputationswunden berücksichtigt. Für diese letzteren habe G. seine aus Pasteur's Untersuchungen abstrahirte Verbandmethode ersonnen.

Gosselin erörtert nun: 1) ob der Watteverband gut sei; 2) ob derselbe seine Wirksamkeit ausschliesslich dem von G. angeführten Grunde verdanke. Die erste Frage betreffend, sei constatirt das Ausbleiben oder doch nur schwache Auftreten von Wundfieber; Appetit und Schlaf bleiben gut; Schmerz fehlt oder ist sehr mässig; wird nach 20—22 Tagen der Verband entfernt, so zeigt sich eine vorzügliche Wunde, an der dicker, nicht übelriechender Eiter in mässiger Menge vorhanden ist; hierzu komme, dass der Pat., wenn nicht stets, so doch sehr häufig, der purulenten Infection entzogen werde; leider fehle eine Mortalitätsstatistik, doch sprechen die bekannten Erfahrungen für den Watteverband.

In Bezug auf die 2. Frage erörtert Gosselin G.'s Behauptung, dass die Baumwolle die Eigenschaft habe, die atmosphärischen Fermente zurückzuhalten und dass man auch nach 24 Tagen im Eiter der Occlusionsverbände nie Bacterien oder Vibrionen finde. Er bemerkt, dass er doch auch im Eiter der Occlusionsverbände zuweilen Bacterien und Vibrionen gesehen, trotzdem seien aber die Wunden trefflich geheilt, von putrider Infection keine Spur dagewesen. Der Watteverband verhindere also nicht stets die Vibrionenbildung.

Verf. sucht daher die Ursache der günstigen Wirkung des Watteverbandes zunächst in der gleichmässigen Compression, welche derselbe

ausübt, wodurch die Resorption des an der Wundfläche haftenden Blutes begünstigt, erneute Hämorrhagieen verhindert, und die ersten Exsudate, die ja leicht zur Zersetzung neigen, zur Resorption gebracht werden. Ueberdies dürfte auch die gleichmässige Wärme, die Unbeweglichkeit des kranken Theiles, welche diese Verbandmethode herstellt, zur Mässigung der Entzündung und zur Absetzung eines derartigen Eiters beitragen, der zur fauligen Zersetzung nicht geneigt ist (?!); endlich mag auch das seltnere Reinigen der Wunde von günstigem Einflusse sein.

Den atmosphärischen Fermenten will Gosselin einen gewissen Einfluss bei der Wundinfection nicht absprechen, doch wirken sie nach ihm nicht auf alle organischen Gewebe schädlich ein; die intensive traumatische Entzündung sei eine der Bedingungen, unter welchen sie schädlich einwirken können.

Nach obiger Erörterung sei Guérins Verbandmethode als ein nachahmenswerther Fortschritt zu bezeichnen.

Fr. Steiner (Wien).

E. Sioli. Vergleichende Untersuchungen über die Zwischenrippen- und Bauchmuskulatur der Wirbelthiere.

(Inaug.-Diss.)

Verf. unterwirft in seiner fleissigen Arbeit die über die Entwicklung der Bauch- und Zwischenrippenmuskulatur oft erheblich differirenden Ansichten der vergleichenden Anatomen (Meckel, Müller, Owen, Stannius, Gegenbaur etc.) einer eingehenden Prüfung und kommt an der Hand seiner eignen Untersuchungen zu folgenden Resultaten. Bei den untersten Klassen der Wirbelthiere, den Fischen und kiemenathmenden Urodelen bestehen nur zwei auf beiden Seiten des Rumpfes symmetrisch belegene Muskelmassen. Durch einen sehnigen Längsstreifen werden dieselben jederseits in eine dorsale und eine centrale Hälfte getheilt und zerfallen ausserdem durch eine den Querabtheilungen der Wirbelsäule entsprechende Anzahl sehniger Querblätter in eben soviel Myocommen benannte Querabschnitte. Der Dorsaltheil dieser primitiven Seitenrumpfmuskulatur tritt bereits bei den höheren Fischen in eine innigere Verbindung mit der Wirbelsäule; bei den niederen Amphibien beginnt er mit den Rippen zu verwachsen und in seinen tiefsten Schichten eine Art primitiver Intercostales zu bilden. Der ventrale Theil bildet durch innigere Verwachsung seiner Myocommen und Absonderung von der übrigen Muskelmasse den m. rectus, der zu beiden Seiten der Mittellinie liegt und vom Becken bis zum Zungenbein verläuft. Bei den niedern Amphibien, und zwar zuerst bei Proteus und Siredon, tritt ferner in Gestalt des direct auf dem Peritoneum aufliegenden und mit querer Faserung von den Querfortsätzen der Wirbelsäule nach der Mittellinie des Bauches zu verlaufenden m. transversus, der erste selbstständige Bauchmuskel auf. Während nun aber bei den Kiemenath-

mern, sowie bei den Larven der Salamandrinen und ungeschwänzten Batrachier die Bauchhöhle sammt den ersten Bauchmuskeln noch vollständig vom Bauchtheil der primitiven Seitenrumpfmuskulatur umschlossen wird, fällt letztere bei den entwickelten Individuen und den beschuppten Amphibien bis auf den bereits früher getrennten rectus weg und es tritt dafür zuerst bei Triton als neuer selbstständiger Seitenbauchmuskel der obliquus externus hinzu. Derselbe entspringt mit Zacken von den Rippenrudimenten und verläuft unmittelbar unter der Haut liegend und ohne Andeutungen von Querabtheilungen schräg nach vorn und unten über dem rectus hinweg bis zur Mittellinie. — Die intercostales externi (sowie die intertransversarii und interspinales) entstehen, wie bereits oben angedeutet wurde, aus den tiefsten Schichten des Dorsaltheiles der primitiven Seitenrumpfmuskulatur. Die m. intercostales interni und der obliquus internus dagegen entwickeln sich mit dem Wiederauftreten der Rippen bei den beschuppten Amphibien als ganz neue Muskelgruppe. Der obliquus internus ist nämlich nach S. nichts anderes als die hinterste Partie der intercostales interni, die sich anfänglich bis zu den rudimentären Lendenrippen, später aber bei fortschreitender Entwicklung bis zu den Beckenknochen erstreckt. — Die weiteren Aus- resp. Rückbildungen, die die erwähnten Muskelgruppen noch bei den höheren Vertebraten erleiden, sind nicht sehr wesentlich und meist durch die veränderten Athemverhältnisse und die immer schärfer auftretende Trennung von Brust- und Bauchhöhle bedingt. Das Nähere darüber muss im Original verglichen werden.

O. Volkmann (Kettwig).

Tuchmann. Ueber den künstlichen Verschluss der einen Harnleitermündung.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. V.)

Diese Arbeit ist lediglich eine Erweiterung des Aufsatzes in der Wiener med. Wochenschr. (Jahrg. 1874) über diesen Gegenstand von demselben Verf., und kann diesbezüglich auf das Referat im Centralbl. (Jahrg. 1874. p. 471) verwiesen werden. **Gersuny** (Wien).

A. Jakowicki. Zur physiologischen Wirkung der Bluttransfusion.

(Inaug.-Diss. Dorpat. 1875.)

Im ersten Theil der Arbeit führt Verf. einige Experimente an, welche die schädliche Wirkung ungleichartigen Blutes, sei es defibrinirt oder nicht, bei der Transfusion bestätigen sollen. (Vergl. darüber die Arbeiten von Ponfik; referirt im Centralbl. f. Chirurgie 1875. No. 19. und von Panum: Virchow's Arch. Bd. LXIII.)

Im zweiten Abschnitt theilt er experimentelle Untersuchungen über das von A. Schmidt dargestellte Fibrinferment mit und fasst seine Resultate in folgenden Sätzen zusammen:

1. »Das Fibrinferment ist ein constanter Bestandtheil des circulirenden Blutes, seine physiologische Menge ist aber äusserst gering.

2. »Der Organismus zerstört (oder wandelt um) sowohl das in ihm circulirende als auch das injicirte Fibrinferment und kehrt einige Zeit nach der Fermentinjection zur Norm zurück.

3. »Es sind im lebenden Organismus Bedingungen vorhanden, welche sowohl das circulirende als auch das injicirte Ferment in seiner Wirkung hemmen, bis es zerstört (oder umgewandelt und ausgeschieden) wird«. **A. Bidder** (Mannheim).

R. Geissel. Kriegschirurgische Reminiscenzen von 1870 bis 1871.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. V.)

Das vom Verf. in Form einer Tabelle zusammengestellte Beobachtungs-Material umfasst 37 Fälle, in welchen 43 grössere Operationen ausgeführt wurden, und zwar 23 Amputationen (14 Todesfälle, 9 Heilungen), 13 Resectionen (9 Todesfälle, 4 Heilungen), 7 Arterienligaturen (an 1 Kranken, ohne Todesfall). Details s. im Original.

Gersuny (Wien).

G. Buchanan. Clinical surgery report for the year 1874.

(Glasgow med. Journal 1875. July.)

Der Bericht besteht nur aus einigen statistischen Zahlen und kurzer Angabe der Todesfälle. Aufgenommen wurden 306 Pat., 17 starben. Unter anderen wurden behandelt 87 einfache, 19 complicirte Fracturen, 16 Luxationen (1 veraltete), 13 Schädelwunden etc. — 39 Operationen mit 5 % Mortalität: 8 glückliche Oberschenkelamputationen nach Carden (Amp. transcondylica), 1 im oberen Drittheil mit lethalem Ausgange an Shok; 7 Unterschenkelamputationen im unteren Drittheil (2 †; 1 Pyämie; 1 traumatic fever (!?) 3 Fussamputationen nach Syme (1 †). 2 partielle Fussamputationen. 1 Ober- 1 Unterarmamputation. 7 plast. Operationen. 12 Geschwulstexstirp. 1 Zungenexcision. 1 Ellenbogenresection; alle mit glücklichem Erfolge. 2 Herniotomieen (1 † an Peritonitis). 1 Radicaloperation der Hernie nach Wood etc. etc. **Marckwald** (Berlin).

G. Buchanan. Surgical practice in the western infirmary from the 1. Nov. 1874 till 1. Mai 1875.

(Glasgow. med. Journal 1875. July.)

Neues Hospital: behandelt 176 Kranke (136 m. 40 w.) mit 6,2 % Mortalität. 67 Operationen mit 1 † (Oberarmexarticulation nach

Gangrän). Es wurde bei den Operationen Esmarch's Constrictionsbinde angewandt, doch ohne die Theile vorher zu bandagiren. Operationen: 1 Oberarmexarticulation (†). 5 Oberschenkelamputationen nach Carden (1 secundäre) und 1 Oberschenkelamputation in der Mitte, alle 6 mit glücklichem Erfolge. 2 Syme'sche Operationen. 3 Ellenbogen- und 1 Handgelenk-Resection, 2 Seiten-Steinschnitte, 1 Herniotomie etc. etc, ohne Todesfälle. — **Marckwald** (Berlin).

Hénocque. Traitement de la periostite phlegmoneuse diffuse.

(Gaz. hebdom. 1875. No. 4.)

Giraldès hat zunächst darauf hingewiesen, dass rücksichtlich der Therapie des obigen Leidens neue Fortschritte zu verzeichnen seien. Die grossen, bis auf den Knochen gehenden Incisionen sind, bei festgestellter Diagnose, allgemein als nützlich, ja nöthig, angesehen.

Weiter aber hofft G., gestüzt auf seine Erfahrungen, die Periode der Lösung des Sequesters beseitigen zu können, indem er, die necrot. Knochenpartieen frühzeitig, vor der Lösung, entfernt. Am Femur und am oberen Theile des Humerus sei eine Ausnahme zu machen, überall sonst sei die Entfernung der betreffenden Knochenpartieen am Platze, sobald die erste Incision gezeigt hat, dass das Periost vom Knochen völlig getrennt sei. Giraldès' Vorgänger in dieser Methode war Holmes. G. kommt zur Schlussfolgerung: Die subperiostale Resection soll baldmöglichst gemacht werden, wenn ein Knochen am grössten Theil der Diaphyse entblösst ist; ist eine Neigung zum Uebergreifen der Erkrankung auf die Epiphyse oder das Gelenk vorhanden, so wird je nach der Ausdehnung des Leidens die Resection eine partielle oder totale sein.

Für alle Fälle sei es aber angezeigt, die subperiostale Resection, wenn schon nicht frühzeitig, so doch alsbald dann zu machen, wenn man die Bildung eines Sequesters beobachtet. **Fr. Steiner** (Wien).

A. d'Azambuja. De l'Ozène et de son traitement.

(Paris. **Adrian Delahaye.** 1875. p. 84.)

Nachdem Verf. zuerst besonders darauf aufmerksam gemacht hat, dass der Ausdruck »Ozäna« nur ein Symptom, den fötiden Gestank der Exspirationsluft der Nase, bezeichnet, welche bei verschiedenen Arten der Coryza auftreten kann, bespricht er diese und betont dabei, dass es auch eine Ozäna geben könne bei chronischer Coryza ohne Geschwürsbildung. In den meisten Fällen trete die Ozäna in Folge constitutioneller Affectionen, hauptsächlich bei Scropheln und Syphilis, auf, auch als Nachkrankheit verschiedener Infectionskrankheiten; wohl nur selten bei sonst gesundem Organismus aus localer

Ursache, z. B. durch Eczem der Schleimhaut, Traumen etc. Die Besprechung der Symptomatologie und der differentielle Diagnosen bietet wohl nur Bekanntes; wer sich dafür näher interessirt, wolle daher die betreffenden Abschnitte im Original nachsehen.

In Bezug auf die Behandlung empfiehlt Verf. besonders die Nasendouche (nach Th. Weber oder mit dem einfachen Irrigator) und die directe Cauterisation der Geschwüre. Necrotische Knochenstücke müssen vor allen Dingen entfernt werden. Nur in den seltensten Fällen, wenn alle anderen Mittel nicht helfen, will er sich zu dem operativen Verfahren von Rouge in Lausanne (cf. im Centralbl. f. Chirurgie, 1875 No. 1) entschliessen, das allerdings vortrefflich schnelle Heilung bringe, aber doch gefährlich sei, da Rouge unter 9 Operrirten einen Todesfall in Folge von eitriger Meningitis zu beklagen habe. Die Operationsgeschichten von Rouge werden wörtlich wiedergegeben und ausserdem 12 Krankheitsfälle (bisher noch nicht veröffentlicht) aus der Ambulanz der Herren Duplay und Foix genauer beschrieben. **A. Bidder** (Mannheim).

Tillot. Traitement de la rhinite chronique et de l'ozène par l'eau pulverisée de Saint-Christau.

(Journal de méd. et de chir. prat. 1875. Juin p. 262.)

Auszug aus Annales des malad. de l'oreille et du larynx.

5—10 Minuten hindurch wird die Nasendouche im vollen Strahle gegeben, um Crusten etc. zu entfernen, dann der Pulverisateur in das Nasenloch eingeführt und 10—20 Minuten in Wirksamkeit gesetzt. Das Wasser von Saint-Christau enthält neben Eisen und Kupfer Spuren von Jod und Arsenik. **Pagenstecher** (Elberfeld).

A. Robertson. Haematoma auris.

(The Glasgow Medical Journal 1875. July.)

Die Blutgeschwulst des Ohres, obgleich gelegentlich bei »Fussball«-Spielern als Resultat directer Gewalt beobachtet, kommt fast ausschliesslich bei Geisteskrankheit und zwar der verschiedensten Art, am meisten bei allgemeiner Paralyse der Irren vor und hat dort nach Verf. ihren Grund nicht in einer Verletzung, sondern in einer functionellen Störung des Hals-Sympathicus, combinirt mit, oder vielleicht resultirend aus der vorhandenen Cerebral- oder Cerebrospinal-Erkrankung. Denn 1) entsteht die Blutgeschwulst nicht selten in beiden Ohren gleichzeitig und 2) kommen zuweilen noch gleichzeitig andere Bluteffusionen (unter der Conjunctiva des Auges) vor, ohne dass eine Gewalteinwirkung erkennbar oder eine Blutdiathese vorhanden, und 3) hat Verf. einen Fall beobachtet, bei dem neben dem haematoma auris noch andere Störungen des vasomotor. Systems be-

standen. Die Prognose ist durchaus ungünstig in Betreff der Geisteskrankheit. Verf. hat im Gegensatz zu anderen noch keinen Pat. genesen gesehen, bei dem dieses Symptom vorhanden gewesen. —

Marckwald (Berlin).

R. J. Harvey. Ueber die Zwischensubstanz der Hoden.

(Centralblatt für die med. Wissensch. 1875. No. 30.)

Verf. hält die Hodenzwischensubstanz für nervöses Gewebe, welches aus reichhaltigen mit Zellen versehenen vasomotorischen Nervenfasern besteht. Nähere Auseinandersetzungen folgen an einem anderen Ort. **A. Bidder** (Mannheim).

Kleinere Mittheilungen.

F. Fiorese. Tre casi di tetano traumatico guariti col cloralio.

(Gazz. med. ital. Prov. Veneto. No. 27.)

In allen drei Fällen waren die leichten Verletzungen an den Extremitäten. In keinem war der Krampf der Nackenmuskeln und der Trismus zu grosser Intensität gediehen. Alle drei wurden durch Chloralhydrat geheilt. **Menzel** (Triest).

E. Berti. Sopra una trasfusione di sangue.

(Gazzetta clinica di Palermo Anno VI. Fascic VI.)

Ein 35jähriger Mann wurde wegen complicirter Fractur des Femur in's Spital von Livorno aufgenommen. Nach mehr als 2 Monaten entwickelte sich unter dem festen Verbande ein grosser Abscess, welcher bis zum Knie reichte, vielfache Incisionen nöthig machte und durch die profuse Eiterung und wiederholte Schüttelfröste das Leben des Kranken gefährdete. B. dachte an eine hohe Oberschenkelamputation. Da jedoch der Mann durchaus zu schwach war, um eine solche zu ertragen, so wollte ihn B. durch eine Transfusion kräftigen. Es wurde ungefähr 40 Grm. defibrinirten Lammblutes transfundirt. Besserung. 5 Tage darauf eine 2. Transfusion von circa 80 Grm. Nicht nur der Allgemeinzustand, sondern auch die localen Verhältnisse besserten sich derart, dass von einer Amputation Abstand genommen werden konnte. Der Kranke ging von der Zeit an seiner Heilung ziemlich rasch entgegen. **Menzel** (Triest).

S. Spiaggia. Oligaemia da metrorragia — trasfusione del sangue — morte.

An einem 40jährigen Weibe, welches durch wiederholte Uterusblutungen äusserst anämisch geworden war, wurden in die Arteria radialis 200 Grm. venösen Menschenblutes injicirt. Die Kranke starb 10 Minuten nach der Transfusion bei kleinem Pulse, Dyspnoe, kühlen Extremitäten etc. Verf., welcher mehreren von Albanese ausgeführten Transfusionen beigewohnt hat, glaubt annehmen zu sollen, dass derartige Todesfälle nach Transfusion wesentlich durch den moralischen Eindruck den die Operation und deren Vorbereitungen auf den Kranken üben, veranlasst werden (?). **Menzel** (Triest).

F. Valerani. Vasto carcinoma del cranio esportato coll' ansa galvanica. Morte dopo 5 mesi per ascesso cerebrale.

(Gazzetta delle cliniche 1875. No. 7.)

Ein 46jähriges Weib hat seit 20 Jahren einen kleinen Geschwulstknoten in der Hinterhauptgegend. Vor 4 Jahren begann der Knoten zu wachsen und wurde mit der Canquoin'schen Paste zerstört. Nach 2 Jahren kehrte der Tumor wieder

und erreichte in weitern 2 Jahren eine erstaunliche Grösse. Seine Basis erstreckt sich von einem proc. mastoid. bis zum andern und nach aufwärts bis nahe zur Mitte der sutura sagittaria. Der Umfang mass 49 Ctm. Nur an den Rändern schien die Geschwulst beweglich. Die Geschwulst wurde ohne Narkose mit der galvanokaustischen Schlinge, in mehreren Portionen abgetragen. Ungefähr im Centrum der Basis der Geschwulst war ein Defect im Knochen von der Grösse von 2 Fünffrankstücken. An dieser Stelle war die Geschwulst mit der Dura mater verwachsen und wurde letztere ebenfalls abgetragen, so dass das Gehirn nackt pulsirte.

Der Verlauf war anfangs merkwürdig günstig, die Kranke sollte schon das Spital verlassen, als sie circa 5 Monate nach der Operation comatös wurde, und unter Krämpfen in wenigen Tagen starb. Bei der Section fand man einen hühnereigrossen Abscess im rechten hintern Grosshirnlappen. **Menzel** (Triest).

E. Lafont. Note sur un cas de guérison spontanée d'un polype naso-pharyngien chez un adolescent.

(Gaz. hebdom. 1875. No. 3.)

Ein 24jähriger, kräftiger, sonst gesunder Arbeiter litt seit 3—4 Jahren an häufigem, heftigem Nasenbluten und Schmerzen in der linken Nasenseite. Es waren dies die Symptome des Wachsthums eines Nasenrachenpolypens, der, wie jetzt die Untersuchung zeigte, insbesondere im linken Sinus maxillaris festsitzend, Bulbus und Oberkiefer dieser Seite und das Gaumensegel vordrängte und das linke Nasenloch völlig verlegte. Trotz des Drängens des Pat. wurde die Operation als nicht dringlich verschoben, und er verliess das Spital mit der Weisung wiederzukommen, wenn die Geschwulst wüchse. $^1/_2$ Jahr später stellte sich Pat. wieder vor: an der linken Gesichtshälfte war kaum noch ein Vorsprung sichtbar, der Exophthalmus verschwunden, das Gaumensegel nicht mehr vorgebaucht; nur das linke Nasenloch noch durch eine kleine, röthliche Geschwulst etwas verlegt; die Blutungen hatten sich allmälig vermindert. L. verlor hiernach den Pat. aus den Augen, meint aber sicher annehmen zu können, dass er im Fall einer Verschlimmerung des Leidens wiedergekommen wäre. L. citirt einen analogen Fall Guérin's, der ihn veranlasst hatte, im obigen sich abwartend zu verhalten.

Fr. Steiner (Wien).

J. F. West. Notes of a case of fibro-cystic tumour or hydrocele of the neck.

(Birmingham. med. review. 1875. April.)

Ein 43jähriger Herr trug seit 4 Jahren einen bis zu Hühnereigrösse angewachsenen Tumor rechts zwischen Unterkieferwinkel und Zungenbein. Punction entleerte trübes, gelbes Serum. Trotz Incision und Drainage wuchs nach Verschluss der Wunde der Tumor rapide. James Paget erklärte ihn deshalb für maligner Natur. Exstirpation. Heilung in 14 Tagen. Leeson's (in Birmingham) Untersuchung ergab: als Cysteninhalt gelbes, durch rothe Blutkörperchen tingirtes Fluidum. Die Wand des Balges bestand aus Bindegewebe mit Muskelfasern, Fettzellen und eingestreuten grossen, einem kubischen Epithel ähnelnden Zellen. Die Dicke der Wandung schwankte zwischen $^1/_{16}$ bis $^1/_2$ Zoll und zeigte letztere an einer Stelle eine einwärts gerichtete, ringförmige Prominenz von dem Durchmesser einer halben Krone, deren Oberfläche das Aussehen einer Erdbeere hatte. — Der Tumor wurde der »pathological society of London« vorgelegt, welche Paget beistimmte. Verf. hält an seiner Diagnose einer gutartigen Cyste fest. (Carcinomatös entartete Kiemengangscyste? Ref.) **Rupprecht** (Halle).

P. Macchiavelli. Sull' elettro-agopuntura applicata a mezzo curativo degli aneurismi dell' aorta toracica.

(Gaz. med ital. Lombardia 1875. No. 22, 24, 25, 26.)

Verf. veröffentlicht 3 Fälle von Aortenaneurysmen, welche mit Electropunctur behandelt wurden. In jedem Falle wurden 3 Nadeln eingestochen. Alle drei

Aneurysmen hatten die Thoraxwand schon durchbrochen. Für den letzten Fall ersann M. ein besonderes Verfahren, um die Erschütterungen beim Stromwechsel zu vermeiden. Der 2. Fall ist offenbar an den Folgen der Operation gestorben, indem bei der Section ein grosser Bluterguss in der Pleura nachgewiesen wurde, welcher aus den durch die Nadeln erzeugten Substanzverlusten des Sackes stammte. Bei den beiden übrigen Pat. wurden die subjectiven Beschwerden merklich gebessert. Der eine von diesen lebt noch heute, d. h. über 15 Monate nach der Operation, der andere ist nach mehr als 2 Jahren an einem Blutsturze gestorben.

Menzel (Triest).

G. Bianchetti. Sopra un caso di gastrite flemmonosa.

(Gaz. med. ital. Prov. Veneto. No. 28.)

Die Erkrankung trat bei einem 30jährigen gesunden Manne unter dem Bilde eines acuten Magenkatarrhs auf, zu welchem sich bald Erscheinungen von Peritonitis hinzugesellten. Bei der Obduction fand B. eitrige Peritonitis, eitrige Infiltration des submucösen Zellgewebes des Magens, stellenweise Gangränescenz der Magenschleimhaut.

Menzel (Triest).

Lailler. Traitement du zona.

(Journal de med. et de chir. prat. 1875. Juillet. p. 297.)

Eine Lösung von 10 Eisenchlorid in 40 Alkohol soll, im Initialstadium des Herpes zoster (vor der Ausbildung der Bläschen) auf die gut getrocknete Haut eingepinselt, den Process zu coupiren im Stande sein.

Pagenstecher (Elberfeld).

D. F. Moroni. Gangrena d'un estremità in seguito a difterite.

(Giornale Veneto 1875. Aprile.)

Bei einem 7jährigen Knaben, der eben eine schwere Rachendiphtheritis überstanden hatte und noch immer an Paralyse des Gaumensegels litt, entwickelte sich, als er eben Reconvalescent war, eine erysipelatöse Anschwellung des r. Fusses, welche bald in trockene Gangrän überging. Die Gangrän demarkirte sich an der Grenze zwischen mittlerem und oberem Drittel des Unterschenkels, nachdem M. dem Knaben zuvor etwa 150 Gramm Blut zur Ader gelassen hatte. Es konnte die Amputation an der Stelle der Wahl ausgeführt werden. Das gangränöse Bein war einer Untersuchung nicht mehr zugänglich, doch vermuthet M. eine Embolie der Poplitea und dies um so mehr, als verschiedene Autoren gezeigt haben, dass Myo- und Endocarditis eine gar nicht seltene Complication der Rachendiphtherie ist.

Menzel (Triest).

Grossmann. Zur Casuistik fremder Körper in der Harnröhre.

(Wiener med. Presse 1875. No. 29.)

Ein 30jähriger Mann hatte in hypochondrischer Sorge, an einer Harnröhrenstrictur zu leiden, sich wiederholt selbst ein Bougie eingeführt. Als Verf. gerufen wurde, stak das Bougie fest in der Urethra und konnte nicht extrahirt werden. Erst bei stärkerem Zuge folgte dasselbe so weit, dass Gr. sich überzeugen konnte, dass es oben umgeknikt und so in doppelter Lage vorgeschoben war. Gr. fixirte nun das obere, umgeknikte Ende in der Urethra und drückte es zugleich nach abwärts, während er am freien Ende in entgegengesetzter Richtung stark anzog. Unter mässiger Blutung erfolgte die Extraction.

Fr. Steiner (Wien).

Berichtigung:

S. 578, Z. 6 v. o. lies Acten statt Arten. — S. 584, Z. 10 v. u., Z. 23 v. u. lies Papille und Papillarrand statt Pupille und Pupillarrand. — S. 588, Z. 20 v. u. lies J. Budge statt D. Budge.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 39. **Sonnabend, den 25. September.** **1875.**

Messungen des intraarticulären Druckes am Kniegelenk des Lebenden. Vorläufige Mittheilung.

Von

Dr. **H. R. Ranke,**

Assistenzarzt an der chirurgischen Klinik zu Halle.

Es ist neuerdings die Frage, in welcher Weise die permanente Extension den intraarticulären Druck beeinflusst, von verschiedenen Seiten erörtert worden. Eine endgültige Entscheidung derselben ist bis zur Zeit nicht erfolgt. Während nun die bisherigen Bearbeitungen des Gegenstandes sich nur auf Leichenversuche stützen, gaben mir in der Volkmann'schen Klinik ausgeführte Gelenkpunctionen Gelegenheit, die fraglichen Verhältnisse am Lebenden zu prüfen.

Bei 20 Gelenkpunctionen sind Druckmessungen von mir ange-

stellt. Anfänglich, so lange mir die Technik nicht geläufig war, erhielt ich vielfach widersprechende Resultate; in Folge davon sind die 5 ersten Punctionen nicht zu verwerthen. Die folgende Mittheilung bezieht sich demnach nur auf 15 Versuche am Lebenden; denselben haben sich eine grössere Anzahl von Leichenexperimenten angeschlossen.

Alle Messungen sind am Kniegelenk gemacht. Sie beziehen sich ausschliesslich auf den intraarticulären Druck. Obschon es viel wichtiger wäre, den Druck, welchen die Contactflächen der Gelenkkörper auf einander ausüben, zu messen, müssen wir doch aus technischen Schwierigkeiten von vornherein hierauf verzichten.

Eine Beschreibung des benutzten Troikart's würde ohne Zeichnung unverständlich bleiben. Es sei daher nur erwähnt, dass eine Seitenabzweigung der Kanüle desselben mit einem offenen Quecksilbermanometer in Verbindung steht; dass man ferner die äussere Mündung der Kanüle nach Entfernung des Stilets beliebig öffnen und schliessen kann, und somit sowohl den Gelenkinhalt abzulassen als auch Injectionen in die Gelenkhöhle zu machen im Stande ist. Den Einstich ins Gelenk machte ich am oberen äusseren Rande der Patella unter Beobachtung aller Cautelen der antiseptischen Methode; nach Beendigung der Punction erhielt die Wunde einen Lister'schen Verband, die Extremität wurde für einige Tage auf eine Blechschiene gelagert. Für kein Gelenk haben sich üble Folgen aus diesem Vorgehen ergeben. Wenn an einer Leiche das eine Knie in der von Reyher (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie B. IV) angegebenen Weise, das andere aber in der von mir benutzten Art punctirt wird, so stimmen die Versuchszahlen von beiden Seiten gut überein.

Die Extension wurde sowohl an einem Knöchelgurt, als vermittelst der Heftpflasteransa oder an einem Stecknadelverbande ausgeübt; der Knoten des Knöchelgurtes lag dabei auf dem Fussrücken. Die Contraextension wurde entweder dem Körpergewicht überlassen oder vermittelst des gewöhnlichen Perinealgurtes bewirkt. Angezogen wurde genau in der bei uns sonst üblichen Weise. Ein Unterschied in der Zugwirkung der verschiedenen Verbände wurde niemals, weder an der Leiche, noch am Lebenden beobachtet. Bei den letzten Experimenten glaubte ich deswegen mich auf den bequem anzulegenden Stecknadelverband beschränken zu dürfen.

Die Messungen ergaben in der Kürze Folgendes:

1) Relativ frische, d. h. 2 bis 6 Tage alte Blutergüsse ins Kniegelenk ohne nachweisbar gröbere Verletzung des Bandapparates liessen in voller Streckung das Quecksilber auf 1,5—20 Ctm. Höhe steigen. Letztere excessive Höhe wurde nur einmal, bei einem 2 Tage alten rechtseitigen Hämarthros beobachtet; bei der gewöhnlichen, leicht flectirten Stellung des Gelenkes zeigte das Manometer auch hier nur einen Druck von +9 Ctm. Hg. Die bursa extensorum war in diesem Falle auffallend wenig entwickelt.

Die individuell sehr verschiedene Geräumigkeit der Gelenkhöhle spricht sich darin aus, dass die Druckhöhen nicht der Menge des Inhaltes bei gleichaltrigen etc. Individuen proportional gefunden werden.

Von voller Streckung ausgehend sinkt der intraarticuläre Druck zunächst bis zu einer Flexion um annähernd 30°; bei weiterer Flexion gelangt er sodann zu einer die frühere weit übersteigenden Höhe. Die negative Schwankung betrug mit Ausschluss des oben erwähnten Falles zwischen 0,5 und 1,0 Ctm. Hg.; bei rechtwinklig flectirtem Knie stand das Quecksilber 3 bis 15 Ctm. über der Anfangshöhe.

Die Einwirkung der Muskulatur auf den intraarticulären Druck liess sich am leichtesten bei Contractionen des Quadriceps beobachten. Die Drucksteigerung betrug dabei 8 bis 25 Ctm. Hg.

Wurde das im Gelenkraum angesammelte Blut abgelassen, so sank mit der Druckhöhe in der Ausgangsstellung auch die Höhe der angeführten Schwankungen; an der Richtung derselben änderte sich nichts.

Um in der kurz bemessenen Versuchszeit einen Einfluss des Extensionszuges auf den intraarticulären Druck am Quecksilbermanometer constatiren zu können, bedarf es namentlich bei erwachsenen Personen auch in tiefer Narkose ziemlich bedeutender Gewichte; die im Folgenden angeführten Zahlen beziehen sich sämmtlich auf die grösste von mir angewandte Belastung der Extensionsschnur bei Erwachsenen mit 40 Pfd., bei Kindern mit 20 bis 25 Pfd.

War der Druck im Gelenkinnern bei der Lagerung, in welcher die Extension ausgeübt wurde, positiv, so bewirkte der Zug stets eine Drucksteigerung, freilich um höchstens 2 Ctm. Hg., und zwar war die Höhe dieser Steigerung im allgemeinen der Höhe des Druckes in der Ausgangsstellung proportional. Die Drucksteigerung durch die Extension wird kleiner bis unmerklich, wenn der Gelenkinhalt allmälig abgelassen wird.

Nach der vollständigen Entleerung gelang es bei zwei Gelenken, die sich durch einen schlaffen Bandapparat auszeichneten, durch Extension ein Fallen des Quecksilbers um nicht ganz 0,5 Ctm. zu erhalten. Somit wirkte die Extension unter diesen Bedingungen druckerniedrigend.

2) Acute, seröse Ergüsse kamen nur zweimal zur Punction. In voller Streckung betrug die Druckhöhe +2, resp. +0,5 Ctm. Hg. Im ersten Falle, bei einem Kinde, bewirkte die Extension ein Steigen des Quecksilbers um 3 Ctm., im zweiten, bei einem Erwachsenen, um nur 0,5 Ctm. Stellungsveränderungen waren von gleichem Erfolge wie unter 1) begleitet; Extensionsversuche bei entleertem Gelenke wurden nicht vorgenommen.

3) Chronische Hydrarthrosen, zum Theil mit bedeutender Bänderdehnung, ergaben eine Druckhöhe von +0,5 bis +3,0 Ctm. Hg. Noch weniger als bei den Fällen unter 1) war hier eine Proportionalität zwischen Inhaltsmenge und Druckhöhe bei den verschiedenen kranken Gelenken vorhanden. Die Richtung der Druckänderung

stimmte bei den hier ebenso wie unter 1) ausgeführten Versuchen mit der dort gefundenen überein; die Grösse derselben zeigte die auffallendsten Schwankungen. So lagen z. B. bei zwei besonders bemerkenswerthen Fällen die Druckhöhen in der Ausgangsstellung kaum um $^1/_2$ Ctm. Hg. auseinander, während trotzdem eine Contraction des Quadriceps in dem ersten Falle eine Drucksteigerung von nur 1,5 Ctm. Hg., in dem zweiten dagegen eine solche von 17 Ctm. Hg. bewirkte. Die Extensionsdrucksteigerung war jedesmal zu constatiren, ihre Grösse blieb immer unter 1,2 Ctm. Hg. Extension bei entleertem Gelenke ergab mir bisher nur einmal eine am Manometer ablesbare Druckerniedrigung.

4) Eitrige Ergüsse bei fungösen Gelenkentzündungen habe ich bisher zweimal punctirt. Beidemal waren jüngere Kinder erkrankt. Der Gelenkinhalt betrug in dem frischeren Falle 40 Kbctm.; das Manometer zeigte bei voller Streckung einen Druck von + 5,5 Ctm. Hg. im Gelenkinneren an; der Druck sank bei einer Flexion um 30° auf + 1,75 Ctm. Hg.; bei rechtwinkliger Flexion erreichte er eine Höhe von + 14 Ctm. Hg. Die Extension mittelst eines Stecknadelverbandes bewirkte bei einer Belastung von 25 Pfd. eine Steigerung des Druckes auf + 8,5 Ctm. Hg. Die entsprechenden Grössen in dem zweiten Falle, wo die Erkrankung des Gelenkes bereits längere Zeit bestand, sind + 2,0, + 0,2, + 6,0 und endlich + 4,5 Ctm. Hg. Nachdem beide Gelenke möglichst vollständig entleert waren, erzielte die Extension immer noch eine deutliche Drucksteigerung, und zwar um 0,3 bis 1,0 Ctm. Hg. Beidemale handelte es sich um fast kugelige, pseudofluctuirende Gelenkschwellungen.

Die Versuche ergeben somit:

Bei bestehendem positiven intraarticulären Drucke bewirkte die Extension am Lebenden eine Steigerung der Druckhöhe; war der Druck im Gelenkinnern gleich 0, so wurde in einigen Fällen durch den Extensionszug ein weiteres Sinken des Manometerstandes hervorgebracht, während in den Fällen sub 4) auch jetzt noch die Drucksteigerung eintrat.

Somit ergiebt sich ein bedeutender Widerspruch gegen die Resultate Reyher's (l. c.), welche an der Leiche nach Lösung der Muskelstarre gewonnen wurden. Sehr überrascht war ich, als ich (im Gegensatz zu den Versuchen am Lebenden) am gleichen Objecte Reyher's Angaben lediglich bestätigen musste. Eine weitere Versuchsreihe, ebenfalls an der Leiche unternommen, hat mir den scheinbaren Widerspruch erklärt, und zwar sind die Differenzen durch Lagerungsverschiedenheiten der Extremitäten an der Leiche und bei unseren Kranken bedingt. Der Extensionszug wirkt beim Lebenden nie von der vollständigen Streckung aus, in welcher sich das Kniegelenk der todtfaulen Leiche befindet; wir unterstützen vielmehr die

Extremität in einer leichten Flexionsstellung sowohl des Hüft- als des Kniegelenks, die weitere Besprechung dieser complicirten Verhältnisse muss bis zu einer ausführlichen Bearbeitung verschoben werden.

F. Holmgren. Methode zur Beobachtung des Kreislaufs in der Froschlunge.

Beiträge zur Anatomie und Physiologie, als Festgabe **Carl Ludwig** gewidmet von seinen Schülern. 1874.

Zum Versuch dient am besten Rana esculenta, welche der Rana temporaria wegen des geringeren Gehaltes an Pigmentzellen und wegen der grösseren Lungenalveolen vorzuziehen ist. Das Thier wird mit Curare vergiftet, wobei es gleichgültig ist, an welchem Orte und in welcher Form das Gift eingeführt wird. Kleine Dosen Curare verdienen den Vorzug, doch ist es bekanntlich wegen des variirenden Gehaltes an wirksamer Substanz nicht möglich, genau die Dosis zu bestimmen. Die Quantität des Giftes soll hinreichen, um den Frosch 2—3 Tage gelähmt zu halten. Nach Verlauf der Curarewirkung wird die herauspräparirte Lunge wieder in die Brusthöhle gebracht, die Wunde zugenäht und das Thier kann am Leben erhalten werden. Das Herauspräpariren der Lunge wird in der Weise vorgenommen, dass mit möglichster Schonung dicht an der Armhöhle und etwa an der Grenze zwischen der Rücken- und Bauchhaut eine breite Hautfalte mit einer Pincette emporgehoben wird; mittelst einer krummen Nadel wird dann durch die Basis dieser Falten ein Seidenfaden durchgezogen und sofort geknotet. In derselben Weise wird eine zweite Ligatur nach der hinteren Extremität zu angelegt; die zwischen den beiden Ligaturen befindliche Haut wird in einer dem Zweck entsprechenden Ausdehnung weggeschnitten und jedes noch blutende Gefäss sofort unterbunden. In der Wunde schimmert sodann am Rande des grossen Brustmuskels die mit Luft gefüllte Lunge durch die dünne Muskellage, welche vorsichtig mit einer Pincette kegelförmig abgehoben und mit der Scheere durchschnitten wird. Darauf tritt die mit Luft gefüllte Lunge sofort oder allmälig aus der Wunde, bleibt eine geraume Zeit in diesem aufgeblasenen Zustand oder fällt plötzlich zusammen und muss durch eine aus Kautschuk und Messing bestehende Röhre (cf. Original) wieder aufgeblasen werden. Die für das bessere Gelingen des Experiments vortheilhafte Füllung der Lunge mit Luft ist am sichersten zu erwarten, wenn man die beschriebene Operation zu einer Zeit vornimmt, wo die Curarelähmung ihre Vollendung noch nicht ganz erreicht hat. Schliesslich wird das Thier auf dem Objecttische des Mikroskopes oder auf einem besonderen mit einem Loche versehenen Brettchen in der bekannten Weise befestigt. Vortheilhafter aber ist es, besonders auch für stärkere Vergrösserungen, wenn auf dem Brette eine besondere

Vorrichtung (Lungenkammer) angebracht ist (cf. Original). Der vom Verf. hierzu angegebene Apparat besteht im Wesentlichen aus einem mit einem Deckgläschen bedeckten hohlen Messingcylinder, welcher in die Durchbohrung des Brettchens passt, das Niveau des letzteren überragend, und dieselbe Grösse hat, wie der Durchmesser des Loches im Objecttische eines Mikroskopes von Hartnack. Ueber dem Cylinder ist ein horizontal gestellter Messingring, ebenfalls mit Deckgläschen versehen, angebracht, dessen Oeffnung dieselbe Grösse hat, wie der untere Cylinder. Der obere Ring kann durch eine am Rande des Brettchens befestigte Zahnzange in verticaler Richtung auf und nieder bewegt werden. Während der Frosch auf dem Brett in der gewünschten Lage durch Nadeln auf Korkstücke fixirt wird, legt man die herauspräparirte Lunge zwischen die genannten Deckgläschen, drückt das obere der letztern leise an die Lungenoberfläche an und kann dann das herrliche Schauspiel des Kreislaufs bequem besichtigen. —

Behufs des Studiums feinerer optischer Eigenthümlichkeiten der Blutkörperchen ist es rathsam, den Blutstrom durch stärkeres Einblasen von Luft zu verlangsamen oder fast augenblicklich zu unterbrechen. Statt mit atmosphärischer Luft kann man die Lunge auch mit einer anderen Gasart aufblasen; nicht minder gestattet die Methode, andere Blutarten, oder überhaupt allerlei Flüssigkeiten mittelst feiner Kanülen durch eine Vene (grosse Bauchvene, oder die hintere äussere Oberschenkelvene) in den Kreislauf des Versuchsthiers zu injiciren, um ihre Wirkung nach jeder Richtung hin zu studiren. Um die Structur der Capillargefässe an der Lunge zu untersuchen, ist es am besten, das Thier vorher verbluten zu lassen.

Tillmanns (Leipzig).

Fanny Berlinerblau. Ueber den directen Uebergang von Arterien in Venen.

(Reichert und du Bois' Archiv für Anatomie 1875. p. 177—196.)

Sucquet hat zuerst 1856 beim Menschen directe Communicationen zwischen Arterien und oberflächlichen Venen beschrieben, am Ellenbogen, Handgelenk, den Fingern, der Kniegegend und besonders zahlreich an den Zehen, der Nasen-, Lippen-, Stirn-, Wangen- und Ohrhaut und der Schleimhaut der Nasenhöhlen. Darauf baute S. eine neue Theorie, wonach die oberflächlichen Hautvenen in der Norm wenig oder fast gar nicht gefüllt seien und erst bei Steigerung der Blutfülle in den Arterien, gewissermassen als Nebenschliesssung dienen, d. h. aus den mit überschüssigem Blut gefüllten Hauptstämmen das Blut in ihre geräumigen Bahnen ableiten. Später hat Hyrtl bei Fledermäusen und in neuester Zeit Hoyer am Kaninchenohr ähnliche directe Communicationen beschrieben.

Sucquet war durch Injectionsversuche zu seinen Resultaten gekommen, gegen deren Beweiskräftigkeit, zumal bei blos makroskopischer

Prüfung Henle gewichtige Bedenken erhoben hat; desshalb ist von B. unter Anleitung von Aeby (Bern) der Gegenstand einer nochmaligen Untersuchung unterworfen worden. Zur Injectionsmasse verwandte sie, wie S., in Alkohol gelösten Schellack, dem so viel Russpulver hinzugefügt wurde, als zur genügenden Färbung erforderlich. Es wurde dann von der Axillaris aus bei der Leiche einer 80jährigen Person eine Injection gemacht und nach 2tägiger Erhärtung mit der Untersuchung begonnen; es fand sich weder am Ellbogen noch an der Hand ein directer Uebergang von Arterien in Venen; eine von der V. femoralis ausgeführte Injection führte bezüglich der unteren Extremität, ebenso wie Injection des Kopfes von der Carotis aus gleichfalls zu einem negativen Ergebniss. Die Versuche wurden noch 4mal wiederholt; nirgends fand sich in den Venen eine Spur von Injectionsmasse; dies allein ist jedoch nicht strikt beweisend. Entscheidend war die Thatsache, dass, wo die Masse aus den Arterien in die Venen eindrang und man so die von S. gelieferten und im Sinne von Uebergangsarterien gedeuteten Bilder zu Gesicht bekam, diese »vor der zersetzenden Kritik des Mikroskops ausnahmslos zerstoben«. Aus diesen Gründen verwirft B. den von Sucquet behaupteten derivatorischen Kreislauf in den oberflächlichen Hautvenen. Zu demselben Resultat ist übrigens jüngst auch Vulpian gelangt (École de méd. 1875. 11. Januar).

Beim Kaninchenohr dagegen ergaben die Versuche von B., dass hier in Wirklichkeit arterielle und venöse Bahnen unmittelbar ohne Dazwischentreten von Capillarnetzen ineinander übergehen und zwar geschieht dies, wie aus der beigegebenen Tafel ersichtlich, mehrfach an einem und demselben Ohr, namentlich in den Randpartieen. Ausser am Ohre haben sich ähnliche Communicationen nirgends bei Kaninchen auffinden lassen, ebenso wenig bei Fröschen.

J. Munk (Strassburg).

N. Jerusalimsky. Beobachtungen über die Wirkung des Croton-Chloral-Hydrat.

(Mosk. med. Zeitung 1875. No. 17.)

Experimente an Thieren ergaben ein Sinken des Blutdrucks, gleichgültig ob der Einfluss der Gehirncentra vorher ausgeschlossen wurde oder nicht; die Wirkung war folglich eine das Herz paralysirende. Bei kleinen Dosen Verlangsamung, bei grossen Stillstand der Respiration. Zur Schlaferzeugung sind viel grössere Dosen nöthig, als von Chloral. Controlversuche ergaben, dass kein specifischer Einfluss auf den Trigeminus oder andere sensible Nerven stattfand. Bei einem Fall von Prosopalgie bewirkten 40 Gran keinen Schlaf, wohl aber Uebelkeit, Brustbeklemmung mit Ohnmacht und einen Puls von 120. Auf Sauerstoffeinathmen sank die Zahl der Pulsschläge. In einem anderen Falle wurde eine Neuralgie geheilt, in einem dritten der Schmerz gelindert. — **W. Grube** (Charkow).

R. Volkmann. Lupus und Tuberkulose.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 30.)

Verf. theilt in Folge der in letzter Zeit stattgefundenen Discussionen über Lupus seine klinischen und anatomischen Erfahrungen mit, um raschere Verständigung anzubahnen. Es wird darauf hingewiesen, dass sehr häufig Irrthümer in der Diagnose vorliegen, besonders die meist bei älteren Leuten vorkommenden flachen, spontan oder nach Gebrauch von Aetzmitteln partiell vernarbenden Hautkrebse, welche sich durch sehr chronischen Verlauf auszeichnen und für Lupus gehalten werden. Ein Fall wird angeführt, welcher seit 17 Jahren als Lupus angesehen und behandelt wurde und sich schliesslich als Krebs, sowohl klinisch als histiologisch, manifestirte. — Der einzige Zusammenhang zwischen Lupus und Krebs, den Verf. gelten lässt, ist der, dass sich bisweilen (v. Langenbeck sah es zweimal, Volkmann viermal) in alten Lupusnarben Carcinom entwickelt. (Vergl. Lang, Vierteljahrsschrift für Dermat. und Syph. 1874 p. 165. cf. im Centralbl. f. Chir. 1875. No. 20.) »Seine Ausgangspuncte sind dann das Narbenepithel, oder in die Narbe eingeschlossene und versprengte Reste der halbzerstörten Hautdrüsen. Chronische, oder immer wiederkehrende Reizungen der epidermoidalen und epithelialen Decken sind eben allezeit die gewöhnlichsten Ursachen des Carcinoms«.

Den anatomischen Charakter des Lupus fasst V. mit Zugrundelegung der Arbeiten von Virchow und Auspitz als den einer Granulationsgeschwulst auf und stellt ihn in eine Gruppe mit Syphilis Lepra und Tuberkulose. Mit letzterer ist besonders nahe Verwandtschaft vorhanden. Vielfach kommt Lupus in Familien vor, in denen Tuberkulose herrscht; bei Lupösen selbst hat V. öfter scrophulöse Drüsen exstirpirt, chronische Conjunctivitiden und Gelenkleiden auf tuberkulöser Basis beruhend gefunden. Doch scheint es ausserdem, als ob Lupus eine meist local bleibende, wenig infectiöse, abgeschwächte Form der Tuberkulose sei; doch kommen Misch- und Zwischenformen, zwischen Lupus und manifester Haut- und Schleimhaut-Tuberkulose vor; auch entwickelt sich der Lupus der Hautdecken zuweilen neben einer Tuberkulose der Knochen oder der Lymphdrüsen. Bezügliche Beispiele werden angeführt. Dem histologischen Bau nach gehört der Lupus stricte zu den Tuberkulosen: es finden sich im lupösen Granulationsgewebe kleine kuglige Knötchen, die wie Miliartuberkel zusammengesetzt sind, aus grösseren endothelartigen Zellen bestehen, welche typische Riesenzellen einschliessen. Die Charakteristica der Tuberkel (Knötchenform, bekannte histologische Zusammensetzung, Gefässlosigkeit und Tendenz zum Zerfall) finden sich auch beim Lupus. Die Unterschiede zwischen Lupusknötchen und Tuberkeln sind von Ed. Lang (Stricker's med. Jahrb. 1875 Hft. II.) präcisirt. V. zieht noch in Erwägung, ob nicht die Benennung »Tuberculoid« für lupös die Basis einer allgemeinen Verständigung abgeben könnte. —

v. Mosengeil (Bonn).

B. v. Langenbeck. Ueber das Auftreten von Carcinomen auf lupösen Hautnarben. Vortrag, gehalten in der Berl. med. Gesellschaft 3. Marz 1875.

(Berl. klinische Wochenschrift 1875. No. 24.)

v. L. führt das Vorkommen carcinöser Gebilde auf Lupusnarben auf denselben Grund zurück, wie ihr häufigeres Auftreten auf Hautnarben nach tiefer gehenden Verbrennungen, nämlich auf die fortwährende Irritation und dauernde Entzündung. v. L. hat unter allen von ihm beobachteten Lupusfällen nur drei gefunden, bei welchen später Carcinom zur Entwickelung kam. Bei allen bestand lupöse Erkrankung der Gesichtsgegend seit der Kindheit; bei einer Frau hatte seit 15—20 Jahren Heilung bestanden, in ihren vierziger Jahren entwickelte sich Carcinom; ein zweiter Fall betraf einen 59jährigen Mann, der etwa 30 Jahre an Lupus gelitten, der dritte Fall einen 69jährigen Pat.

Der Ansicht v. Lewin, dass Narbencontractionen für Lupusaffectionen besonders charakteristisch seien, pflichtet v. L. nicht bei. Die Ulcerationen sollen hierbei nicht mehr, als andre analoge Processe wirken, wenn sie an leicht beweglichen Hautstellen ihren Sitz haben. Dagegen sollen sich gewisse Formen des Hautkrebses durch gewaltige Narbenverziehungen auszeichnen, es tritt bei ihnen Narbenbildung in den ältesten Partieen ein, während excentrisches Weiterwachsen erfolgt. Schliesslich erinnert Verf. an die hornartigen Epidermisschwielen, die auf einzelnen Hautkrebsen vorkommen, bei Lupus aber nie beobachtet sind. **v. Mosengeil** (Bonn).

P. Morosoff. Ueber den Einfluss der Distractionsmethode auf das Hüft- und auf das Kniegelenk.

(Russische Inaug.-Diss. Charkow 1875.)

Verf. stellte sich auf Vorschlag des Ref. die Beantwortung folgender Fragen zur Aufgabe: kommt wirklich eine Diastase der Gelenkflächen im Hüft- und Kniegelenk bei der Distraction vor? In welchem Grade? bei welchen Gewichten?

Um zunächst die normale Form und Grösse des Oberschenkelkopfes und der Gelenkpfanne zu bestimmen, stellte M. 16 Versuche an, deren Resultate er in folgenden Sätzen zusammenfasst: 1) Die vorwiegende Form der Krümmung des Oberschenkelkopfes und der Gelenkpfanne im reifen Alter (20—35 Jahren) ist regelmässig kugelig; 2) im höheren Lebensalter stellt der Kopf einen sphäroiden Körper mit sehr unbedeutender Vergrösserung des meridionalen Durchmessers vor; 3) bei einem 16jährigen Jünglinge bildete derselbe ein Sphäroid mit vorwiegender äquatorialer Krümmung; 4) die Krümmungen des Kopfes und der Pfanne treffen gegenseitig so zusammen, dass zwischen ihnen eine dünne, capillare Schicht Synovia zu liegen kommt. In einigen Fällen übrigens treffen die Gelenkflächen nicht so genau auf einan-

der; es bildet sich zwischen ihnen ein Spalt von $^1/_4$, $^1/_3$ sogar $^1/_2$ mm. Dies wird aber nur an Leichen, welche nicht mehr ganz frisch sind, beobachtet. 5) Bei verschiedenen Stellungen des Hüftgelenkes schliessen sich die Gelenkflächen nicht immer vollständig an einander; existirt dann ein Spalt, so erreicht er doch nie die Breite eines Millimeters. —

Die Wiederholung der berühmten Weber'schen Experimente über Bedeutung des atmosphärischen Druckes für die Mechanik des Hüftgelenkes führte Verf. zu interessanten Resultaten. Die Gebr. Weber bestimmten den hier wirkenden athmosphärischen Druck auf $29^1/_4$ Pfd. (bei 750 mm. Barom.), Schmid — auf 55 Pfd.; Morosoff fand die Grösse desselben zu 58,9 Pfd. (bei 750 mm. Barom.). Diese Verschiedenheit der Resultate beruht auf verschiedener Bestimmung der Quecksilbersäulenbasis, welche der atmosphärische Druck auf das Hüftgelenk ausübt. M. nimmt als Basis an die Ebene des äquatorialen Schenkelkopfkreises. Diese Annahme hat für sich, dass bei Veränderung der Grösse des Schenkelkopfes der atmosphärische Druck auf das Hüftgelenk sich ebenfalls ändert. Zwei vom Verf. gewonnene Zahlen, welche sich auf den atmosphärischen Druck beziehen — die eine experimentell gefunden, die andere theoretisch berechnet — differiren nur um 0,9 Pfd.

M. führte ferner 7 Experimente aus, in denen nach Durchschneidung der Kapselmembran und Entfernung aller das Hüftgelenk umgebenden Weichtheile Gewichte angehängt wurden, um ein Auseinandergehen der Gelenkflächen zu bewirken. Hierbei wurden ebenfalls grössere Zahlen gewonnen, als die von den Gebr. Weber angeführten. Bei 20 Pfd. wurde nicht der geringste Effect erzielt; erst bei 50—60 Pfd. wurden die Gelenkflächen getrennt und bis auf $4^1/_2$ mm. von einander entfernt. Durchschnittlich bestimmt M. die zur Zerreissung des Hüftgelenks nöthige Kraft auf 60 Pfd. Das lig. teres hat keinen Einfluss auf die Verbindung der Gelenkflächen. — Die Gelenkflächen werden bei gestreckter Lage des Hüftgelenks auch ohne atmosphärischen Druck in fester Verbindung erhalten, und zwar durch die Kapselmembran und das lig. Bertini. In dieser Hinsicht sind 2 Experimente M.'s interessant: man durchbohrte den Boden der Pfanne und beseitigte dadurch den Einfluss des athmosphärischen Druckes auf das Hüftgelenk; die das Gelenk bildenden Knochen blieben nun in fester Verbindung, so lange die Kapselmembran und das lig. Bertini erhalten waren. Die Muskeln hatte man in beiden Experimenten entfernt. Bei Anwendung von 10—12 Pfd. wurde nicht das geringste Auseinanderweichen der Gelenkflächen beobachtet, bei 20 Pfd. eine Diastase von $^1/_2$ mm., bei 40 Pfd. bis zu 1 mm. Das lig. Bertini bewirkt also bei gestrecktem Gelenk allein den festen Schluss der Gelenkflächen. Bei diesen Experimenten wurde ausserdem Folgendes beobachtet: bei Gewichten von 20—40 Pfd. drehte sich der Oberschenkelknochen stark nach aussen, bei 40—60 Pfd. in entgegengesetzter Richtung, d. h. bemerkbar nach innen. Diese Thatsache

ist wichtig, da Einige (Busch, Reyher) die therapeutische Wirkung der Distractionsmethode bei Gelenkkrankheiten durch Veränderung der Berührungspuncte der Gelenkflächen erklären.

Von den das Gelenk umgebenden Muskeln schreibt M. dem m. obturator externus eine wichtige Rolle für den festen, hermetischen Verschluss der Hüftgelenkshöhle zu; derselbe liegt der incisura acetabuli fest an. Der m. ileopsoas ist ebenfalls für das Festhalten des Gelenkkopfes in der Pfanne bei gestreckter Lage des Hüftgelenks nöthig.

Die dritte Gruppe von (8) Versuchen war der Wirkung der Distractionsmethode auf das Hüftgelenk gewidmet. Das Ausweichen des Oberschenkels bei der Distraction wurde mittelst zweier Nadeln controlirt, von denen man die eine in den Oberschenkel und die andere in das os ilei eingedreht hatte; letztere blieb unbeweglich und garantirte dafür, dass das Becken fixirt war. Die Resultate waren folgende: 1) an der Leiche entsteht wirklich unter dem Einflusse der Distractionsmethode ein Auseinanderweichen der Gelenkflächen, welches je nach der Frische der Leiche verschieden leicht zu Stande kommt; 2) bei einem Gewichte von 9—12 Pfd. entsteht nicht das geringste Auseinandergehen der Gelenkflächen; 3) ist die Leiche nicht mehr frisch, so kann bei 20 Pfd. eine Diastase bis zu $^1/_2$ mm. vorkommen; 4) 40—45 Pfd. bewirken eine Diastase bis zu 1 mm.; 5) bei grösseren Gewichten (60—80 Pfd.) wird kein weiteres Auseinandergehen beobachtet; 6) die von den Chirurgen vorgeschlagene Abduction hat keinen günstigen Einfluss auf das Zustandekommen der Diastase; 7) eine Diastase der Gelenkflächen ist am lebenden Menschen höchst zweifelhaft, so lange das lig. Bertini erhalten bleibt. — In Betreff des Kniegelenks führte M. 12 Experim. mit gewöhnlicher Distraction aus. In 3 anderen Experim. controlirte M. die Experim. von Hüter, Weidenmüller und Reyher; letztere wurden nach der manometrischen Methode ausgeführt. Die ersteren Experim. ergaben: 1) im Kniegelenk besteht unter physiologischen Verhältnissen bei gestreckter Lage kein Spaltraum zwischen den Gelenkflächen; 2) eine Distraction mit 20 Pfd. erzeugt keine Diastase; 3) bei 45 Pfd. und mehr entsteht ein Spalt, welcher zwischen den inneren Condylen $^1/_2$ mm., zwischen den äusseren $1^1/_2$ mm. beträgt.

Die letzten 3 Versuche führten zu folgenden Schlüssen: 1) eine Diastase der Gelenkflächen kommt leichter und in grösserem Maasse zu Stande, wenn die Kniegelenkhöhle eröffnet und ein Troikar eingeführt ist; 2) Distraction mit 12 Pfd. führt zu keiner Diastase; 3) grössere Gewichte (20—80 Pfd.) führen in verhältnissmässig kurzer Zeit zu vollständiger Diastase; 4) der Wasserstand im Glasrohr sinkt bei plötzlichem Anhängen sogar bedeutender Gewichte nur allmälig; bei schnellem Abnehmen der Gewichte hebt sich das Wasser im Rohre nicht zur vorigen Höhe, sondern nur auf einige Ctm.

Nach ausführlicher Kritik der verschiedenen Meinungen über den Wirkungsmechanismus der Distractionsmethode, glaubt Verf. den

guten Einfluss der Distraction bei Entzündungen des Hüft- und Kniegelenks auf folgende Momente zurückführen zu dürfen.

1) Bei der Distraction wird ein leichter gleichmässiger Druck auf die entzündeten Gelenkflächen ausgeübt durch gleichzeitige Steigerung des intraarticulären Druckes. 2) Die Contractur der die Gelenke umgebenden Muskeln wird vermindert. 3) Die Contactpuncte der Gelenkflächen werden verändert. 4) Die Gelenke befinden sich während der Distraction in Ruhe und Unbeweglichkeit. — Die Verhältnisse der normalen Gelenkflächen im Hüft- und Kniegelenk studirte Verf. an Sägeflächen gefrorener Leichen. Sonst wurden Becken und die unteren Extremitäten in einen besonderen Apparat gebracht; das Becken fest fixirt, der Oberschenkel in verschiedene Stellungen zum Becken gebracht oder am Fusse Gewichte zur Distraction angehängt. Mittelst Kälte-Mischungen brachte man hierauf Becken und Extremitäten zum Gefrieren, so dass sie zu feinen Sägeschnitten sehr geeignet sich zeigten. Von den Sägeflächen wurden genaue Zeichnungen gemacht, ohne alle Schematisirung. Der sehr fleissigen, unter Prof. Wagner's Leitung ausgeführten Arbeit sind 16 lithogr. Tafeln beigegeben, welche die vom Verf. gewonnenen Resultate auf's Anschaulichste illustriren. **W. Grube** (Charkow).

A. v. Puky. Complicirte dorsale Luxation im Metakarpophalangealgelenke des Zeigefingers mit Sehneninterposition.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 27 u. 28.)

Verf. citirt zunächst die einschlägigen Mittheilungen von Goyrand, Kaisser, Bertillon u. A., welche über ähnliche Fälle berichten. P.'s Fall ist folgender: Ein Maurer fiel 7 Fuss hoch von einer Leiter auf die vorgestreckte linke Hand. Dabei bohrte sich der luxirte Kopf des zweiten Mittelhandknochens durch die Weichtheile der Hohlhand. Auf dem Dorsum war die Gelenkfläche der Basalphalange des gebeugt stehenden Index zu fühlen. — Die Reposition durch Extension und Flexion war unmöglich, gelang aber, als während der Hyperextension eine Rotation und darauf Flexion vorgenommen wurde. In einem Schienenverbande heilte die Wunde in zwei Tagen unter Eisbehandlung. —

Zur Erklärung des erst durch Rotation überwundenen Repositionshindernisses will Verf. von der Hypothese des Muskel- und Bänderknopfloches und der Kapselinterposition nichts wissen; dagegen nimmt er die von mehreren Autoren schon vermuthete oder erwiesene (Pitha, Roser, Lisfranc, Dupuytren, Lorinser u. A.) Interposition von Sehnen an. Leichenversuche, sowie das Gelingen der Reposition durch Rotation stützen diese Ansicht. Demarquay und Roux reducirten gleichfalls durch Rotationsmanöver. Die litterarisch mitgetheilten irreponiblen Fälle werden noch angeführt und die Behauptung aufgestellt, dass durch Einführung des rotirenden Momentes die Reposition der betreffenden Luxationen ihre Schwierigkeit verliert. **v. Mosengeil** (Bonn).

G. Wex. Ueber Narbencontracturen nach Verbrennungen an der Hand.

(Inaug.-Diss. Bonn. 1875.)

Nach einem kurzen Ueberblick über Entwicklung des Narbengewebes im Allgemeinen geht Verf. zu den pathologischen Verhältnissen desselben an der Hand über, bespricht die aus ihnen resultirenden Functionsstörungen und die Methoden zu ihrer Beseitigung, sowie die Indicationen an den verschiedenen Verfahrungsarten. Als Verfahren von Busch wird dasjenige beschrieben, wobei ein dreieckiger Lappen, mit der Spitze nach dem Carpus sehend, und die Narbe möglichst umschneidend, abgelöst, die orthopädische Nachbehandlung aber erst nach Eintritt der Granulationen begonnen wird (vergl. Madelung in Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 15, ref. im Centralbl. f. Chir. 1875. No. 21). — Für die nach Verbrennungen vorkommende Syndactylie wird, wie sie für die angeborene mit Erfolg verwandt worden, die Dittel'sche Ligatur empfohlen. Aus der Litteratur gesammelte, sowie zwei vom Verf. auf der Bonner Klinik beobachtete Fälle werden mitgetheilt. **v. Mosengeil** (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

Ch. Denison. A new extension apparatus, etc.

(New York med. Journal 1875. Bd. XXI. p. 482.)

Verf. macht der üblichen Behandlungsmethode der Fracturen durch Gewichtsextension den Vorwurf, dass sie eine constant gleich wirkende Kraft anwende, um beständig wechselnde Hindernisse (Muskelcontraction etc.) zu überwinden. Statt der Gewichte benutzt also Verf. einen Kurbelapparat mit Sperrvorrichtung. Derselbe hat bei grosser Stärke nur die Grösse einer Taschenuhr und wird in hölzernen Unterlagen und Schienen nach Belieben eingeschraubt. Besonderen Nutzen soll dieser Apparat bei Behandlung von Patellarfracturen haben. Das Princip der Anwendung ist dasselbe wie beim B. Bell'schen Verfahren (Ref.). Anstatt der gepolsterten Riemen drücken oberhalb und unterhalb der Patella quer angelegte breite Heftpflasterstreifen die Fragmentstücke aneinander. Anstatt der Schnallen sind 4 Kurbelapparate eingeschaltet. Wie schon Benjamin Bell angegeben, reicht der obere Riemen an der vorderen Seite des Unterschenkels bis zum Fuss und gewinnt dort seinen weiteren Halt. Die Anwendung des Heftpflasters, die es ermöglicht, den angewandten Druck auf eine grössere Oberfläche zu vertheilen, erscheint von Vortheil. Aehnliche Apparate kommen bei der Behandlung von Olecranonfracturen, Riss der Achillessehne, bei Schenkelfracturen und zur Extension von Knie- und Hüftgelenken zur Anwendung.

Madelung (Bonn).

(Bellevue hospital.) Apparatus for old cases of ununited fracture of patella, to enable the patient to walk.

(New York med. Journal 1875. Bd. XXI. p. 610.)

Ein Gypsverband umgreift das Bein oberhalb des Kniees, ein zweiter unterhalb. In beiden ist je ein Ring von starkem Eisendraht befestigt, der theilweise hervorragt. Ein starker Kautschukstrang verbindet die beiden Ringe und hält das Bein in extendirter Stellung fest.

(Rosssevelt Hospital.) Salicylic acid in extensive burn.

Ibidem.

Als Emulsion mit Olivenöl (1 : 16) that Salicylsäure gute Dienste bei Behandlung einer ausgedehnten Brandwunde, desgleichen in Solution (1 : 500) bei Ausspülung von Blase und Pleurahöhle (Cystitis, Empyem).

(Charity Hospital.) Tetanus treated by Gelseminum.

Ibidem.

Complicirte Fractur einer Phalanx des Zeigefingers. Amputation. 3 Tage nach der Verletzung Tetanus. 20—30 Gran des flüssigen Extractes von Gelseminum wurden alle 3—4 Stunden gegeben. Nachlass der Muskelcontractionen für 4—5 Stunden. Tod durch tetanische Contractionen der Respirationsmuskeln.

Madelung (Bonn).

K. Bulko. Ergotininjectionen.

(Sitzungsberichte der Kaiserl. med. Gesellsch. zu Wilna. 1875. No. 2. p. 56.)

2 Fälle von Fibromyoma uteri wurden gänzlich erfolglos mit je 50 Injectionen behandelt. Jedesmal heftige Schmerzen durch 20 Min., einmal Verringerung einer heftigen intercurrenten Metrorrhagie. **W. Grube** (Charkow).

S. T. Warren. Two cases of intussusception succesfully treated by fluid injections.

(New York med. Journal. 1875. Bd. XXI. p. 490.)

Ein 7 Monat altes Kind bekommt plötzlich Erbrechen, Stuhlverhaltung, Schmerzen im Leib, heftigen Stuhldrang, Blutabgang aus dem Rectum. Der in den Mastdarm eingeführte Finger entdeckt eine weiche, runde Geschwulst, die vollständig den Darm verschliesst. Injectionen von warmem Seifenwasser in den Mastdarm. Erst beim 3. Versuch gelingt es, 10—12 Unzen Wasser einzuspritzen, Dieselben werden zurückgehalten. Heilung.

Ein zweites 9 Monate altes Kind zeigte dieselben Symptome, ausserdem eine umschriebene, ziemlich grosse, harte Geschwulst unmittelbar über dem Nabel. Auch hier führten grosse Injectionen von Seifenwasser zur raschen Heilung.

Madelung (Bonn).

Pemberton. Darmverschluss. Tod.

(British med. Journ. 1875. Vol. I. p. 576.)

Ein 50jähriger, imbeciller Mann sollte seit 3 Tagen an Erbrechen und Stuhlmangel leiden; die Untersuchung ergab eine mässige Spannung des Abdomen und in der rechten Inguinalgegend einen harten, über eigrossen, schmerzlosen, nicht durchscheinenden Tumor ohne Oedem der Bedeckung. Da die Folgen des Darmverschlusses zunahmen, so wurde auf dem Tumor eine Incision gemacht; es flossen 2 Unzen blutigen Serum aus einer Höhle ab, in welcher der allseits angelöthete, feste Hoden sich vorfand; der Bruchsack selbst war leer. Die von hier aus angestellte Untersuchung konnte die Stelle des Darmverschlusses nicht eruiren. Nach 24 Stunden erfolgte der Tod unter den Erscheinungen der Erschöpfung. Section: die Gegend der rechten fossa iliaca, des rechten Hypochondrium und von dort zum Kreuzbein hinab war ausgefüllt durch eine enorm ausgedehnte Dickdarmschlinge, deren Wandungen bis zu membranöser Durchsichtigkeit verdünnt waren; die ebenfalls sehr ausgedehnten Dünndärme hatten das Zwerchfell bis zum 3. Intercostalraum emporgedrängt; eine volle Axendrehung bestand im S. romanum, eine 2. entgegengesetzt gedrehte im Ileum. Der rechte fibrös entartete Hoden zeigte gar kein normales Hodengewebe mehr. — **Pilz** (Stettin).

J. Torsujeff. Ein Fall von Hernia diaphragmatica.

(Sitzungsberichte der Kaiserl. med. Gesellsch. im Kaukasus. 1875. Russisch.)

Ein 22jähriger Mann kam wegen heftiger Schmerzen im Leibe, die sich besonders nach dem Essen und Trinken einstellten, und wegen gleichzeitiger 2tägiger

Obstruction in's Krankenhaus. Temperatur und Puls über der Norm, Berührung des eingezogenen Leibes schmerzhaft, Oberschenkel angezogen. Pat. bisher gesund, erkrankte nach dem Heben eines schweren Kastens sofort unter Schmerzen und Erbrechen. Diagnose wegen der durch Schmerz sehr behinderten Untersuchung nicht möglich. Tod nach einem Tage. Linke Lunge bis auf ein Viertheil des Normalvolums verkleinert, in der linken Thoraxhälfte alle Dünndärme und das Omentum majus; Oeffnung im Diaphragma 2 Finger links vom Oesophagus von der Grösse eines 10Groschenstückes Die Därme mit einander durch Exsudat verklebt. **W. Grube** (Charkow).

A. Model. Bruchschnitt bei einem Kinde von 28 Wochen.

(Bair. Aerztl. Intelligenzblatt 1875. No. 30. p. 301.)

Ausführliche Mittheilung einer Herniotomie bei incarcerirter Hernia funiculi spermatici bei einem Kinde von 28 Wochen. Operation ohne Eröffnung des Bruchsackes (Process. periton. vaginalis). Radicalheilung. **P. Bruns** (Tübingen).

Rheinstädter. Diagnose der Ovariencysten und Indicationen ihrer Behandlung.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 18,19 u. 22.)

Verf. hat in Strassburg besonders Köberlé's Klinik besucht und theilt seine dort gewonnenen Kenntnisse in wohlgeordneter Weise mit. In höchst dankenswerther Weise führt R., kurz und präcis im Ausdruck, den »jetzt üblichen Gang der Untersuchung, resp. die Anwendung der diagnostischen Hülfsmittel in ihrer zweckmässigsten Aufeinanderfolge« vor. Die Einzelheiten sind im Original nachzulesen. **v. Mosengeil** (Bonn).

Thaden. Stein in der Prostata und Harnblase.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 3. p. 595.)

Ein Beleg für jene selteneren Fälle, in denen Steine der Niere oder Blase sich in der Prostata festsetzen, die heftigsten Harnbeschwerden verursachen und sich allmälig mit einem Kalkmantel umgeben. Nach Spaltung der vorderen Mastdarmwand sammt Sphincter ani und Prostata wurden einem 70jährigen Gerichtsdiener zwei Steine entfernt, deren einer in der ausgedehnten pars prostatica und membranacea der Harnröhre sass, birnförmige Gestalt und Durchmesser von 3, 4, 5 Ctm. hatte.

In seiner oberen vorderen Circumferenz sass ein genau dem ost. vesicale urethrae entsprechender Defect, welcher einen anderen Stein von reichlich Wallnussgrösse umfasste. Der Prostatastein bestand aus 2 harnsauren Kernen und kohlensaurem Kalk, welchen letztern wieder eine Harnsäureschicht umschloss, der kleinere aus Tripelphosphat und phosphorsaurem Kalk.

Die erweiterte pars prostatica durch den dilatirten Sphincter mit der engen Blase in stets offener Verbindung gleicht einer Harnblase in Sanduhrform. Dies Verhältniss erklärt das vor der Operation beobachtete Harnträufeln.

Wilh. Koch (Berlin).

F. E. Haag. Ueber Lithotritie bei Kindern.

(Annalen der chirurg. Gesellsch. zu Moskau. 1875. Bd. I. p. 85.)

Gestützt auf eigene Beobachtungen hält Verf. die Lithotritie bei Kindern für gleichberechtigt mit Lithotomie, weil die instrumentelle Technik jetzt vervollkommnet, die Anästhesirung leicht und die Operation relativ gefahrloser sei. Der Kern der Steine von Kindern besteht gewöhnlich nach 14 Untersuchungen des Verf.'s aus Harnsäure und harnsaurem Ammoniak, desto seltner enthält er oxalsaure Verbindungen, was für die Operation günstig ist. Das Abgehen der Steintrümmer und die Operation wird nicht schlechter als von Erwachsenen ertragen.

W. Grube (Charkow).

J. Dubrisay. Luxation congénitale du genou.

(Le Mouvement méd. 1875. No. 19.)

Ein leicht in Kopflage geborenes Kind (Mädchen) einer 21jährigen Primipara zeigte sofort nach der Geburt folgende Anomalie im linken Kniegelenk: der Unterschenkel in spitzwinkliger Hyperextension und mit der Fussspitze nach innen rotirt, so dass der linke Fuss leicht mit der rechten Leistengegend in Berührung gebracht werden konnte. Bequem und ohne Schmerzen liess sich aber der Unterschenkel sowohl in einfache Streckung zurückbringen, als auch in ganz ausgiebiger Weise flectiren. Das Kind selbst war ebenfalls im Stande den Unterschenkel activ in Flexion zu stellen; nur bei der Action der Extensoren gerieth der Unterschenkel wiederum in die anomale überstreckte Stellung. — Länge der beiden unteren Extremitäten, als auch der Umfang beider Kniegelenke waren dieselben. Weder an den knöchernen Gelenkkörpern, noch an der Patella des afficirten linken Kniegelenks war eine Difformität nachweisbar. Auch die das Gelenk bewegenden Muskeln functionirten normal. — Die überstreckte Stellung lieferte das typische Bild einer Luxation des Tibiakopfes auf die Femurcondylen: Eine tiefe Querfurche in den Weichtheilen an der Vorderseite des unteren Femurendes, oberhalb des prominirenden Tibiakopfes, und eine vollständige Verflachung, ja Vortreibung der Kniekehle durch die Femurcondylen, auf denen dicht unter der Haut die Pulsationen der A. poplit. wahrgenommen wurden. Verneuil bestätigte die gestellte Diagnose am folgenden Tage und ersetzte den primären Pappwatteverband durch einen Guttaperchaverband in halb flectirter Stellung des Kniegelenks, der 14 Tage liegen blieb. Beim Verbandwechsel überzeugte man sich, dass eine Ueberstreckung selbst bei starker Contraction der Streckmuskeln sich nicht mehr einstellte. Aus Vorsicht wurde jedoch der Verband noch einige Tage liegen gelassen. 6 Wochen nach der Geburt war an den beiden Extremitäten absolut kein Unterschied wahrnehmbar. Mit 13 Monaten lernte die Kleine laufen, und geht jetzt in ganz normaler Weise. — Verf. citirt Jacquemier, der ähnliche Zustände am Ellenbogengelenk gesehen haben will. Robert theilt (Des vices congénitaux de la conformation des articulations, Thèse de concours 1851, vergl. Cannstatt's Jahresbericht 1851, p. 165) eine Beobachtung Kleeberg's (Königsberg) mit, die von der beschriebenen sich jedoch durch grosse Schmerzhaftigkeit bei den passiven Beugungsversuchen unterschied. Die Fixirung des Gelenkes erzielte hier schon in 12 Tagen vollen Erfolg. Auch einschlägige Beobachtungen von Wutzer und Cruveilhier werden angeführt. — Bei Experimenten an Kinderleichen fand Verf., dass nach Durchschneidung von Haut und Muskeln die Tibia auf die Vorderfläche der Femurcondylen sich luxiren liess, wenn man nach Durchtrennung des lig. post. auch die ligg. cruciata durchschnitt, dass aber die oben dargestellte Ueberstreckung mit Rotation des Unterschenkels nach innen erst dann entstand, wenn man neben dem lig. post. und den ligg. cruciat. auch das lig. ext. durchtrennte. — Für seine kleine Pat. ist Verf. geneigt, nicht eine Zerreissung, sondern eine Dehnung, vielleicht eine Entwicklungshemmung der genannten Ligamente anzunehmen, und stützt sich zum Theil auf die Mittheilung von Veterinärärzten, welche öfters bei Lämmern ähnliche Kniegelenksluxationen beobachtet und in wenigen Tagen durch leichte Schienenverbände geheilt haben wollen. — Ganz besonders erwähnt noch Verf., dass die Mutter des Kindes vierzehn Tage vor dessen Geburt, während der sonst ganz normalen Schwangerschaft in ihrer Wohnung ausgeglitten, und auf ihre Hände und ein Knie gefallen sei. — (Vergl. Maas, Arch. f. klin. Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 3, ref. im Centralbl. f. Chirurgie 1875. No. 7.)

Lesser (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 40. **Sonnabend, den 2. October.** **1875.**

Holmer. Mittheilungen der chirurgischen Abtheilung des Communehospitals in Kopenhagen.

(Hospitalstidende 1875. No. 1—3 u. 5—6.)

I. Einige Fälle von Kniegelenksresectionen.

Verf. hebt hervor, dass es, um die Kniegelenksresectionen richtig zu würdigen, von Wichtigkeit ist, die Beobachtungen mehrere Jahre nach dem Schlusse der eigentlichen Behandlung fortzusetzen, und führt von den von ihm ausgeführten Resectionen nur diejenigen Fälle an, welche als vollkommen abgelaufen angesehen werden können. Von diesen 7 Fällen sind 5 mit gut brauchbarer Extremität geheilt, 2 später amputirt, das eine mal mit tödtlichem Ausgange. Die Mortalität war also eine geringe (14 p. C.). Die besten Resultate gaben 3 Kinder in einem Alter von 5, 8 und 11 Jahren. Bei ihnen wurde im Laufe von 1, 2 und 5 Monaten knöcherne Ankylose erreicht, bei den geheilten Erwachsenen erst in 8 bis 9 Monaten. Die beiden Umstände, welche das Resultat noch lange gefährden, nämlich fort-

dauernde osteitische Processe, und bei Kindern Hemmung des Längenwachsthums, werden in den Krankengeschichten noch näher beleuchtet:

1. 8jähriger Knabe. Arthritis fungosa mit Destruction der Gelenkknorpel, superficieller Caries der Knochen und Congestionsabscess am Oberschenkel. Resection im Juli 1871.

Es wurden $^1/_2''$ des Femur und $^1/_4''$ der Tibia weggenommen. Drei Monate nach der Operation feste knöcherne Vereinigung. Im Juni 1872 ging Pat. mit erhöhter Sohle gut ohne Stock, lief umher und kletterte auf die Bäume. Eine kleine Fistel war noch vorhanden, heilte aber bald. Die Tabelle zeigt das Verhältniss zwischen den beiden Extremitäten im Juni 1872 und 2 Jahre später, während dessen sich kein Recidiv gezeigt und der Knabe den vollen Gebrauch des Beines gehabt hat.

	Juni 1872		September 1874	
	Resecirte Extr.	Gesunde Extr.	Resecirte Extr.	Gesunde Extr.
Länge	$61^1/_2$ Ctm.	$63^1/_2$ Ctm.	67 Ctm.	71 Ctm.
Schenkel	34 -	$34^1/_2$ -	40 -	41 -
Schienbein	$27^1/_2$ -	29 -	27 -	30 -
Grösster Umfang des Schenkels	28 -	32 -	24 -	24 -
Grösster Umfang der Wade	$20^1/_2$ -	$22^1/_2$ -	36 -	38 -

Die Verkürzung hat sich demnach von 2 Ctm. auf 4 Ctm. gesteigert, während die resecirte Extremität um $5^1/_2$ Ctm. gewachsen ist. Verf. nimmt, namentlich bei Vergleichung mit dem Maasse der gesunden Extremität an, dass die Knochenenden am Knie an diesem Längenwachsthum Theil genommen haben, um so mehr, als die Epiphysenlinien nicht überschritten waren. Die Frage nach künftiger weiterer Zunahme der Verkürzung muss unbeantwortet gelassen werden. Es ist schwierig, ein absolut sicheres Maass zu erhalten, da eine unbemerkbare Flexion vielleicht entstanden sein kann. Verf. hebt die Bedeutung einer bessern Ernährung der Extremitäten durch fortgesetzten Gebrauch hervor.

2. 11jähriger Knabe. Caries patellae mit Perforation in das Gelenk. Granulöse suppurative Synovitis, Ulceration der Gelenkknorpel. Resection im November 1871. Durchsägung des Femur durch den obern Theil der Fovea patellaris, so dass hinten etwas von den knorpelbekleideten Enden der Condyli zurückgelassen wurde. Von der Tibia wurde eine dünne Scheibe weggenommen. 4 Wochen nach der Operation knöcherne Heilung. Im Juni 1872: Läuft ohne Stütze den ganzen Tag. Schwache Flexion im Knie, Verkürzung 1—2 Ctm. Im September 1874:

	Resecirte Extr.	Gesunde Extr.
Länge	66 Ctm.	68 Ctm.
- des Femur	37 -	39 -
- der Tibia	29 -	29 -
Umfang des Schenkels	37 -	38 -
- der Wade	24 -	24 -

Das Wachsthum der resecirten Extremität hat demnach mit der gesunden ungefähr 3 Jahre Schritt gehalten.

3. $4^{1}/_{2}$jähriger Knabe. Fungöse Arthritis genu mit sehr chronischem Verlauf, später suppurative Arthritis mit Durchbruch der Kapsel, Congestionsabscess am Femur. Vergebliche Behandlung mit Punction und grossen Incisionen. Im Mai 1873 Resection. Das untere Ende des Femur wurde weggenommen, und zwar vom condyl. int. etwas mehr, als vom ext. (circa 2 Ctm.), wodurch die Epiphysenlinie für diesen Condylus getroffen zu sein schien. Die Patella war cariös und wurde exstirpirt. Von der Gelenkfläche der Tibia, welche gesund war, wurde nur eine dünne Scheibe entfernt. Silbersuturen. Antiseptischer Verband. Schwebeapparat (Blechschiene mit Seitenklappen für das Knie). Einen Monat später beginnendes Festwerden. $4^{1}/_{2}$ Monat nach der Operation feste knöcherne Ankylose in schwach flectirter Stellung. Februar 1874. Die Fisteln vollständig geheilt. Winkel 140°. Die Verkürzung in dieser Stellung circa 4 Ctm. Die wirkliche Verkürzung kaum 3 Ctm. 8 Monate später (October 1874) schien die Verkürzung um 1 Ctm. zugenommen zu haben, und die Wachsthumshemmung der Tibia zur Last zu fallen. Die Angabe des Maasses ist jedoch nicht ganz sicher, namentlich weil die Flexion etwas zugenommen hatte. Wegen dieser Nachgiebigkeit der Verbindung, selbst nachdem dieselbe fest scheint, empfiehlt Verf. eine stützende Schiene.

Von den 4 Resectionsfällen bei Erwachsenen mussten 2 später amputirt werden; der eine wegen der fortdauernden Ostitis. Als der Pat. geheilt war, trat Caries ossis ilei auf, Beweis seiner schlechten Constitution. In dem zweiten Falle wurde die Amputation $2^{1}/_{2}$ Monat nach der Resection vorgenommen. Das Knochenleiden war hier sehr verbreitet gewesen. Bei schlecht werdender Eiterung und Ausbleiben der knöchernen Vereinigung: Amputation — Tod. Section: allgemeine Tuberkulose.

Die beiden Fälle, wo die Resectionen bei Erwachsenen zu einem Resultate führten, waren:

1. 18jähriger Mann. Fungöse Arthritis. Durchbruch der Kapsel. Senkung den Schenkel hinauf. Subluxation. Caries der Gelenkenden. Resection im October 1871. $^{1}/_{2}''$ des Femur und $^{1}/_{4}''$ der Tibia wurden entfernt. 4 Monate später gute Festigkeit. 9 Monate nach der Operation ging er auf Krücken umher. Beständig secernirende Fisteln, kein denudirter Knochen. Verkürzung 6 Ctm. Grösster Umfang der Wade der resecirten Extremität 28 Ctm., der gesunden 31, des Schenkels 39 und 44 Ctm. Nach 11 und 13 Monaten wurden die Knochensuturen entfernt. Im 15. Monat bedeutendes Evidement des untern Femurendes mit scharfen Löffeln. Im August 1873 feste Ankylose, keine Schmerzen, leichte Flexion. October 1874: die Fisteln secerniren nur seröse Flüssigkeit. Tägliche Arbeit mit Fahren von Wegmaterial.

2. 23jähriges Dienstmädchen. Synovitis granulosa. Relativ frühe

Resection wegen Verdacht einer beginnenden Tuberkulose der Basis cerebri. Die Gelenkknorpel ulcerirten, jedoch nur auf einem begrenzten Theile des Condylus int. femoris et tibiae. Denudation. Operirt im Februar 1873. September. Solide knöcherne Vereinigung. Die Knochensuturen wurden entfernt. November. Fängt an ausser dem Bette zu sein. Januar 1874. Evidement der Fisteln. Mai 1874. Verkürzung 4 Ctm; Umfang des Schenkels der gesunden Seite 41 Ctm., der resecirten 36 Ctm. Umfang der Wade 26 und 27 Ctm. (ein wenig Oedem.) Herbst 1874. Alle Fisteln sind geheilt, guter Gang ohne Unterstützung.

II. Esmarch's unblutige Operationsmethode.

Verf. hat die Methode mit Erfolg bei Sequestrotomieen und Exstirpationen von Geschwülsten an den Extremitäten angewendet. Bei Resectionen des Kniegelenks hat er dieselbe ein einziges Mal mit gutem Resultat versucht, er benutzt sie aber hier doch nicht als Regel, wegen der Neigung derselben, eine bisweilen langwierige capilläre Hämorrhagie zu veranlassen, welche zu einem die nachherige Behandlung störenden Nachbluten disponirt. Dabei fürchtet er Gangrän des Hautlappens (Textor's Methode). In 3 Ellbogenresectionen und einzelnen Excisionen der Knochen der Fusswurzel und des Mittelfusses ist die Methode mit Erfolg angewendet worden. Ferner wurde sie bei 3 Schenkelamputationen, 1 Exarticulation des Kniees, 2 Operationen nach Syme und 2 nach Chopart benutzt. 2 Schenkelamputationen bei Patienten mit sehr geringer Chance endeten tödtlich; die übrigen Amputationen wurden geheilt. In keinem dieser Fälle entstand Pyämie.

Paulli (Kopenhagen).

H. Kronecker. Das charakteristische Merkmal der Herzmuskelbewegung.

(Beiträge zur Anatomie und Physiologie, als Festgabe **Carl Ludwig** gewidmet von seinen Schülern. Leipzig, F. C. W. Vogel. 1875.)

Mit Hülfe der von Ludwig in die physiologische Forschung eingeführten graphischen Methoden wurden bekanntlich die Einflüsse der verschiedenen Herznerven auf den Blutkreislauf genau zergliedert. — Ludwig war es auch, welcher 1866 eine Methode angab, die Function des isolirten Froschherzens, welches mit einem künstlichen Kreislauf in Verbindung gebracht war, zu untersuchen (Cyon). Sodann entdeckte Bowditch unter Leitung Ludwig's eine neue Eigenthümlichkeit des Herzmuskels, welche diesem vor allen anderen Muskeln zukommt: die Grösse der Zusammenziehung des electrisch gereizten Ventrikels ist unabhängig von der Stärke des Reizes, nur wechselnd mit dem Ermüdungszustande des Muskels. Genügten die in gleichen Intervallen folgenden Reize nicht mehr, um maximale Contractionen des Herzmuskels auszulösen, so wurden diese nicht kleiner,

sondern unregelmässig aussetzend. — Zum Theil um die Angaben von Bowditch zu vervollständigen, hat Kr. nun in Gemeinschaft mit Stirling ausgedehnte Versuche unternommen. Er fand zunächst, dass die Pulse nicht aussetzend waren, sondern regelmässig erfolgten, wenn die minimalen Reize ganz genau in gleicher Intensität gehalten wurden, oder gänzlich ausblieben, wenn die Stromintensität noch um ein Geringes gemindert wurde. Erwärmen steigert die Reizbarkeit und Beweglichkeit des Herzens, Abkühlen setzt beide herab; die Pulse werden zugleich niedriger und langsamer. Bei sehr niedriger Temperatur (3—5°) vermag das Herz überhaupt nicht häufiger als etwa alle 10 Sec. einen Puls zu vollenden.

Von grösstem Interesse sind die Thatsachen, welche K. bezüglich der Ernährungsvorgänge des Froschherzens fand. Letzteres besitzt keine Coronararterien, die Ernährung geschieht nur durch Diffusion des Blutes aus dem Lumen in die Wandungen. Die grössere oder geringere Contractionsfähigkeit des Herzens hängt von seiner besseren oder schlechteren Ernährung ab. Je frischer und arterieller das Blut, um so kräftiger regt es die Herzthätigkeit an. Bleiben die ruhenden Herzwandungen einige Zeit mit stagnirendem Blute in Berührung, so verliert der Muskel an Leistungsfähigkeit. Jeder Puls steigert die Energie des nächsten, bis die Mischung des gebrauchten und frischen Blutes in dem aufs Herz gesetzten Röhrensystem gleichmässig geworden ist (Bowditch). Dem entsprechend werden die Herzschläge niedriger, wenn demselben Blut entzogen wird. Verdrängte Kr. das in der Herzhöhle befindliche Blut oder Serum durch unschädliche Kochsalzlösung (0,6 %), so sinken die Pulse sehr schnell bis zur Unmerklichkeit, bald bleiben nur noch matte peristaltische Bewegungen und endlich steht das Herz in Diastole still, unfähig selbst auf die stärksten Reize die leiseste Bewegung auszuführen. Durchspült man das erschlaffte Organ neuerdings mit Ohaltigem Blute, so beginnen bald fibrilläre Zuckungen, dann schwache Herzschläge, bis das Herz ebenso kräftig arbeitet, wie im frischen Zustande zuvor. —

Die Versuche wurden in der Weise angestellt, dass in die Ventrikel eines isolirten Froschherzens eine Doppelwegkanüle (cf. Original) eingeführt war; die Vorhöfe wurden um letztere fest zugebunden, sodass das Herz noch selbstständig pulsirte (Luciani).

Die Versuche sind von hohem praktischen Interesse. Bezüglich der Wirkung der Transfusion scheint nach den von Kr. gefundenen Thatsachen Alles davon abzuhängen, dass möglichst rasch dem Herzen arterielles Ohaltiges Blut zugeführt wird. Denn die Gefahren bei grossen Blutverlusten beruhen wohl neben den Anomalieen des Blutdrucks ganz besonders in Ernährungsstörungen des Herzmuskels. Doch ist Ref. weit entfernt, die am Froschherzen gewonnenen Thatsachen in ihrer ganzen Ausdehnung ohne Weiteres auf den Menschen übertragen zu wollen. — Tillmanns (Leipzig).

E. Fleischl. Ueber die Beschaffenheit des Axencylinders.

(Beiträge zur Anatomie und Physiologie, als Festgabe **Carl Ludwig** gewidmet von seinen Schülern. Leipzig, **F. C. W. Vogel**. 1875.)

An mit Chromsäure, Carmin, Terpentin behandelten Längsschnitten vom Rückenmark des Cyprinus carpio (Hinterstränge) stellt sich der Axencylinder als ein vielfach gebogener eingedrehter Strang dar, welcher von ungleichmässiger Dicke ist und mit Excrescenzen von verschiedenster Form besetzt ist. An anderen Stellen erscheint der Axencylinder als aufeinander folgende, quergestellte, unregelmässige Platten, welche auf einen längsverlaufenden Faden aufgereiht sind. Die Formen des Axencylinders variiren auf Längs- und Querschnitten sehr. An Alkoholpräparaten vom Fischrückenmark (Karpfen) sieht man nach der Carminfärbung den Axencylinder auf dem Querschnitte als eine breite, kreisrunde oder polygonale Fläche von gleichmässig rosenrother Tinction und auf dem Längsschnitt als rosafarbener, regelmässiger Streifen von beträchtlicher Breite. Zur Controle, ob das Chromsäurebild oder das Alkoholbild des Axencylinders als der richtigere Ausdruck der physiologischen Verhältnisse anzusehen sei, wurden frische, in Ueberosmiumsäure präparirte Rückenmarksfasern, sowie Querschnitte von in derselben Flüssigkeit (1 : 1000) während 24—48 Stunden gehärteten Rückenmark untersucht. Sie stimmten mit dem Alkoholbild überein.

Im Allgemeinen ist die Regel, dass Chrom sehr dünne, unregelmässige, Alkohol dicke gleichmässige Axencylinder macht.

Verf. ist deshalb der Ansicht, dass der Axencylinder aus einer Substanz bestehen muss, welche verschieden von den übrigen Formelementen des Körpers ist. Weder Protoplasma, noch das leimgebende Gewebe, oder die Epithelialgebilde zeigen ein ähnliches Verhalten gegen jene Reagentien wie der Axencylinder. »Der Axencylinder ist im Leben eine Flüssigkeitssäule, deren Volum weit mehr als die Hälfte des Volums der ganzen Faser beträgt. Das Mark nimmt in der lebenden Nervenfaser höchstens den Raum ein, welchen in der eben abgestorbenen die Myelingerinnungen einnehmen. Die Flüssigkeit, aus welcher der Axencylinder besteht, enthält eine sehr leicht und unter verschiedenen Umständen in sehr verschiedener Art gerinnende Substanz«. **Tillmanns** (Leipzig).

F. Veh. Ueber die Wirksamkeit klar filtrirter faulender Flüssigkeiten.

(Inaug.-Diss. Dorpat 1875.)

Nach einer kurzen historischen Uebersicht theilt Verf. in seiner ersten Versuchsreihe 19 an Hunden und Katzen angestellte Versuche mit, in denen er den Thieren mit Bacterien inficirte Pasteur'sche und Cohn'sche Lösungen subcutan injicirte. Die Lösungen wurden verschieden lange Zeit nach der Ansiedelung von Bacterien benutzt

und in kleineren Quantitäten, aber an sehr verschiedenen Körperstellen, in kurzen Intervallen eingespritzt. In den meisten Fällen vertrugen die Thiere den Eingriff ohne besondere allgemeine oder locale Reaction; in einigen Fällen trat putride Infection ein, manches mal bildeten sich Abscesse an den Einstichsstellen, wobei der Umstand interessant ist, dass einige Male bei einem Thiere, dem an zwei symmetrischen Körperstellen gleichzeitig 2 Injectionen gemacht wurden, gerade an der Körperhälfte sich ein Abscess bildete, an welcher die kleinere Quantität der Flüssigkeit injicirt worden war. Mehrere Sectionen der getödteten Thiere zeigten, dass sich im Unterhautzellgewebe einer Injectionsstelle, auch wenn dieselbe im Leben nicht empfindlich und geschwollen gewesen war, doch verbreitete seröse Infiltration und venöse Hyperämie vorfanden (die beiden letzten Experimente wurden mit durch Frieren geklärter Flüssigkeit angestellt).

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

»1. Localaffectionen, durch subcutane Application bacterienhaltiger Flüssigkeiten hervorgebracht, lassen sich am lebenden Thiere nicht immer nachweisen und bringt hier nur der Obductionsbefund ein klares Resultat«.

»2. Die Verschiedenheit der localen Wirkung bacterienhaltiger Flüssigkeiten lässt sich nicht immer auf Individualität und Species des Versuchsthieres und Verschiedenheit der faulenden Flüssigkeit zurückführen, sondern es spielen hierbei noch andere im Einzelfall nicht zu eruirende Momente eine Rolle«.

»3. Es ist wahrscheinlich, dass durch multiple subcutane Injection septischer Flüssigkeiten das typische Bild der putriden Intoxication, ebenso wie nach Infusion in die Venen, hervorgebracht werden kann«.

In der zweiten Versuchsreihe injicirte Verf. inficirte Pasteur'sche Lösung, welche er zuerst durch Thonzellen filtrirt und dann durch Gefrierenlassen vollständig geklärt hatte, in die Jugularvene von Hunden. Diese klare, bacterienfreie Flüssigkeit erregte in fast allen Fällen putride Intoxication, der die Hunde recht schnell erlagen; der Sectionsbefund war der bei dieser Intoxication bekannte.

Daran knüpft Verf. einige Experimente, in denen er gleichzeitig den Blutdruck und die Respirationsfrequenz maass und einige weitere, wo er zur Injection faulendes, mit Wasser versetztes Lungengewebe und faules Blut benutzte.

Verf., welcher seine Versuche selbst für noch unvollendet erklärt, glaubt die Vermuthung aussprechen zu dürfen, dass das »Filtrat ungleich schärfer wirke, als die trübe Lösung«. Den Grund findet er darin, dass die Filtration sehr zeitraubend war, und dass die Flüssigkeiten daher nicht zu einer Zeit angewandt werden konnten, wo sie am wirksamsten sind. **A. Bidder** (Mannheim).

H. Meyburg. Ueber Milzbrand.

(Inaug.-Diss. Bonn. 1875.)

Als Factoren für Entwicklung des Milzbrandgiftes führt Verf. an: Feuchten Boden, Temperaturverhältnisse (Kalte Nächte nach heissen Tagen), mineralische Düngstoffe, besonders Sulphate. — Träger des Anthraxgiftes seien alle flüssigen Bestandtheile des erkrankten Organismus, besonders Blut und die sog. gelbe Sulze, eine gallertige Masse in den Höhlen des Körpers und den Anthraxbeulen, ferner fauliges Futter und das an Stellen gewachsene, wo Milzbrandcadaver verscharrt sind. — Am empfänglichsten sind wohlgenährte und hochträchtige Thiere; doch ist die Placenta ein Filter, durch welchen das Gift nicht auf den Foetus übergeht. — Mikroskopisch fallen die Bacteridien auf, deren längere Formen meist Knickungen zeigen. Mit beginnender Fäulniss wird deren Lebensprocess gestört und hört Contagiosität auf. — Anthraxkeime wandern ein: durch Epidermiswunden, Athmung und Verdauungsschlauch, letzterer Weg der Infection ist am mindesten gefährlich, da Verdauungssäfte das Gift zerstören können.

Arten des Auftretens: 1) Apoplectiformer Anfall, nur Minuten bis Stunden; 2) acute Form, Stunden bis Tage dauernd; 3) Subacute Form. — Incubationsstadium Stunden bis 12 Tage dauernd. — Von den Obductionsresultaten fällt besonders Mangel der Todenstarre, theerig flüssiger Zustand des Blutes, schnelles Faulen der Cadaver auf.

Auf Menschen geht die Krankheit meist in nachweisbarer Art durch directe Impfung über, wohin auch der Insektenstich gehört; die carbunkulöse Entzündung tritt in 84 % an entblösst getragenen Hautstellen auf. An einem Individuum finden sich selten über 4 Carbunkel. Durch überstandene Carbunkulose wird keine fernere Immunität erzielt. — Hinsichtlich der Therapie legt Verf. besonderen Werth auf Prophylaxe, sonst auf kräftiges Aetzen und locale Behandlung; innerlich wird Chinin und Carbolsäure empfohlen.

v. Mosengeil (Bonn).

Durodié. Etude sur les thromboses et les embolies veineuses dans les contusions et les fractures.

(Thèse, Paris, 1875.)

Nach einer sorgfältigen Zusammenstellung der Litteratur über Embolie und Thrombose, in der die deutschen Arbeiten gebührend gewürdigt werden, bespricht Verf. die Ursachen der Thrombenbildung in fracturirten und contundirten Gliedmassen. Er führt als locale äussere Ursachen Compression der Venen durch Extravasate, Fragmente und zu fest angelegte Verbände an, ausserdem Entzündung der Venen und der umgebenden Gewebe durch Quetschung. Autochthone Thromben entstehen ferner durch Resorption molecular zerfallener Gewebstheile und septische Infection. Eine allgemeine

Ursache ist durch Herzschwäche bedingte Verlangsamung der Circulation.

Seine Angaben über die anatomischen Verhältnisse der Thrombosen stützt Verf. auf 8 Sectionsbefunde von Kranken, die zwischen dem 5. und 30. Tage, nachdem sie eine (meist subcutane) Fractur oder schwerere Contusion erlitten, an purulenter Infection (wohl wenig beweiskräftig Ref.), Marasmus, traumatischer Peritonitis, Delirium oder Gehirnerschütterung gestorben waren.

Er beschreibt die Erscheinungen der Phlebitis und Periphlebitis und fügt selbst hinzu, dass für die secundäre Entstehung derselben durch die Thromben der Umstand spreche, dass bei der so häufigen varicösen Form der Thrombosen den freien Intervallen stets auch gesunde Stücke der Gefässwände entsprechen, und dass subcutane Venen (am Bein die saphena, am Arm basilica, cephalica etc.), obwohl hier Phlebitis ebensogut entstehen könnte, als bei den tiefliegenden Gefässen, regelmässig frei von Gerinnungen getroffen werden. Am häufigsten finden sich die venae tibiales anticae und posticae und die peroneae thrombosirt; in der vena femoralis reichen die Thromben meist bis zur Eintrittsstelle der saphena.

Das Losreissen der Thromben wird begünstigt durch regressive Metamorphosen (Verfettung, schleimige und eiterige Erweichung), veranlasst durch den hergestellten collateralen Blutstrom, Muskelcontractionen, Bewegungen des verletzten Gliedes und alle mechanischen Läsionen der thrombosirten Vene.

Es folgt eine Zusammenstellung von 10, grösstentheils bereits anderweitig veröffentlichten Fällen von Embolie der Lungenarterie nach Fracturen oder Contusionen: der ursprüngliche Thrombus befand sich 4 mal im rechten, 3 mal im linken Unterschenkel, 2 mal im Oberarm; in einem Falle wurde nach Oberschenkelbruch der Thrombus nicht constatirt. Die hieraus zu folgernde, in Bezug auf Embolieen relativ grösste Gefährlichkeit der Unterschenkelbrüche hat wohl in der vorher erwähnten Prädisposition der venae tibiales und peroneae für Thrombosen ihren Grund. Auffällig ist, dass von den 10 Pat. 7 weiblichen und nur 3 männlichen Geschlechts waren; alle befanden sich bereits in gereiftem Alter. Der Tod erfolgte zwischen dem 16. und 60. Tage meist ganz plötzlich nach Bewegungen der in Reconvalescenz befindlichen Kranken; nur einmal gingen drohende Symptome dem Tode um 12 Stunden voraus. Dass selbst nach den stürmischsten und eclatantesten Erscheinungen einer Embolie der Lungenarterie nicht nothwendig der Tod eintreten müsse, zeigen 2 weiter angeführte Fälle von Genesung.

Ueber die Häufigkeit der Embolieen giebt Verf. statistische Angaben aus den Journalen des Krankenhauses St.-André zu Bordeaux.

1864	finden	sich	114	Fälle	von	Fractur	mit	4	Fällen	von Embolie.
1867	»	»	183	»	»	»	»	1	Fall	» »
1872	»	»	275	»	»	Contus.	»	2	Fällen	» »
1873	»	»	117	»	»	Fractur	»	1	Fall	» »

Im Ganzen wurden von 1864 bis 1873 1216 Fracturen behandelt mit 4 Fällen von Embolie (300 : 1). Die Zahl der in dieser Zeit daselbst behandelten Contusionen beläuft sich auf 1930, mit 2 Fällen von Embolie (1000 : 1). —

Die Diagnose der Thrombose, gegründet auf Oedeme, Schmerzhaftigkeit im Verlauf der Venen und Palpation des Thrombus ist bei dem so ungemein häufigen Vorkommen und der relativen Ungefährlichkeit derselben nicht von Belang, die palpatorische Untersuchung für den Kranken entschieden gefährlich. Embolie ist kaum zu verkennen. Die Behandlung muss sich auf Prophylaxe beschränken: Schutz und möglichste Immobilisation des verletzten Gliedes.

A. Genzmer (Halle).

J. Fayrer. Elephantiasis arabum.

(The Practitioner 1875. August.)

Eine kurze Abhandlung über Pathologie und Therapie der Elephantiasis Arabum, welche Verf. in Indien häufig zu beobachten Gelegenheit hatte. Der erste Theil enthält vorwiegend nur Bekanntes. Bezüglich der Behandlung der Elephantiasis empfiehlt F. im febrilen Stadium salinische und diaphoretische Heilmittel, sowie solche Arzneimittel, wie sie gegen Malaria gegeben werden. Jodpräparate mit Chinin, Arsenik und Eisen sollen bis zu einem gewissen Grade ebenfalls erfolgreich sein. Gegen die heftigen Schmerzen, welche besonders im Samenstrang, Hoden und überhaupt in der Lumbargegend den Pat. peinigen, werden Opiate, Fomentationen etc. empfohlen. Local ist Compression mit gleichzeitiger Anwendung von Jod-, Blei- und Quecksilberpräparaten von Nutzen. Das wirksamste Mittel gegen Elephantiasis ist der Wechsel des Klima. Europäer, welche in Indien von Elephantiasis befallen werden und dann frühzeitig nach Europa zurückkehren, werden vollständig geheilt. Auch Eingeborene können durch Luftwechsel, durch Aufsuchen trockener Gegenden ihre Krankheit zum Stillstand, ja zur Heilung bringen. — Während des Fieberstadium schwellen die Samenstränge zuweilen so beträchtlich an, dass sie den Inguinalcanal dauernd erweitern und später die Entstehung von Hernien veranlassen. — Nach dem Fieberstadium ist die Darreichung von Chinin, bei Anämie mit Eisen, von Nutzen; Tonica haben keine specifische Wirkung gegen die Krankheit.

Bezüglich der chirurgischen Behandlung hebt F. hervor, dass sie besonders antipyretisch wirke. Verf. hat ganz beträchtliche Elephantiasis des Scrotum von 30—60 Pfd. operirt und mit verhältnissmässig geringer Mortalität. Die Schnitte werden zu beiden Seiten des Dorsum penis und entsprechend dem Verlauf des Samenstrangs geführt, Samenstrang, Hoden und Penis werden frei präparirt und dann die Geschwulst entfernt. Die Operationswunde heilt gewöhnlich schnell in 2—4 Monaten, die Narbe hat keine Neigung zu Recidiv. Von Vortheil

ist, vor der Entfernung grosser Tumoren das Operationsfeld nach Esmarch blutleer zu machen und Eis zu appliciren. Die Gefässe, oft 20—30 und mehr, sind sorgfältig zu unterbinden, damit die oft heruntergekommenen Pat. nicht noch durch Nachblutungen geschwächt werden. Von 193 Pat. mit Scrotal-Elephantiasis, operirt im Medical College Hospital in Calcutta von 1859—1871, starben 35 und zwar an Pyämie, Embolie, Diarrhoe, Tetanus und Shock unter zum Theil sehr ungünstigen sanitären Verhältnissen; die Pat. standen zwischen dem 20. und 50. Lebensjahre. —

Bei Elephantiasis der Extremitäten hat die Unterbindung der betreffenden Arterie keinen dauernden Erfolg, um so weniger, als ja die Elephantiasis-Geschwulst der locale Ausdruck einer constitutionellen Krankheit ist. — **Tillmanns** (Leipzig).

De Cristofori. La toracentesi.

(Annali univ. di medicina e chirurgia 1875. Gennajo.)

Nach Mittheilung mehrer Fälle von Thoracentese und von Thoracotomie kommt Verf. zu folgenden Schlussresultaten:

1. Die Explorativpunction ist ein vorzügliches Hülfsmittel, um die Existenz und die Natur eines pleuritischen Exsudates zu bestimmen.

2. In jedem pleuritischen Exsudat, welches durch rasches Entstehen und Anwachsen gefahrdrohend wird, oder welches stationär zu werden droht, ist die Thoracentese angezeigt.

3. Beim Empyem ist der Schnitt in einem Intercostalraum mit Einführung einer Doppelröhre zur Vornahme täglicher Irrigationen jeder anderen Methode vorzuziehen. **Menzel** (Triest).

H. F. Campbell. Resume of a report on position, pneumatic pressure and mechanical appliance in uterine displacements.

(Abdruck aus der Juni-Nummer des Atlanta medical and surgical journal. 1875. Georgia.)

In einem Vortrage, an den sich noch eine kurze Discussion der med. Gesellschaft zu Savannah anknüpft, entwickelt C. seine Ansichten über die Behandlung der Lageveränderungen des Uterus. Sein seit vielen Jahren geübtes Verfahren beruht darauf, dass er in allen Fällen, wo die Dislocation des Uterus nicht mit Adhäsionen etc. complicirt ist, die Kranken die Kniebrustlage (»Knee and breast posture«) einnehmen lässt und dann die Scheide eröffnet, worauf die Luft einströmt und nun durch die »pneumatic pressure« oder »air-pressure« der Uterus reponirt wird. Dieselbe Stellung sei auch von Sims angewandt worden, aber nur zur Operation von Fisteln. Die Bezeichnung »Knieellenbogenlage« und ähnliche Benennungen gäben nur zu

Irrthümern Veranlassung, und nur der Ausdruck »Kniebrustlage« sei richtig, weil der Rücken hierbei gezwungen sei, die nothwendige concave, nach unten herabhängende Form einzunehmen. Eine instructive Zeichnung und mehrere Diagramme erläutern die Stellung und wird an einem Beispiel die physikaliche Wirkung der in die Vagina einströmenden Luft, welche im luftleeren Zustande den Uterus gleichsam angesaugt erhält, auf die Reposition der Lageveränderung erläutert.

Sodann giebt C. ein eigenes, von ihm construirtes, einem Speculum ähnliches Instrument an, seinen »Pneumatic Self-Repositor«. In einzelnen Fällen, z. B. bei Retroflexio uteri, besonders uteri gravidi, muss allerdings der Uterus zuerst durch den Colpeurynter oder andere im Mastdarm vorgenommene Manipulationen aus der Kreuzbeinaushölung befreit werden, worauf dann die »pneumatic pressure« die Stellung vollständig in Ordnung bringt. Vor Anlegung von Pessarien, welche zur Erhaltung der guten Lage oft wichtig sind, sollte man nach C. stets die »pneumatic pressure« anwenden. C. hat vortreffliche Erfolge mit diesem Verfahren gehabt; ebenso andere Aerzte. In Bezug auf das Nähere der interessanten Mittheilung muss auf das Original verwiesen werden.

A. Bidder (Mannheim).

Stadfeldt. Mittheilung der gynäcologischen Poliklinik der Entbindungsanstalt in Kopenhagen. 2 Fälle von Hämatocele retrouterina.

(Ugeskrift for Loger 1875. No. 20.)

Verf. nimmt in Folge seiner klinischen Erfahrung an, dass die Blutansammlung bei der Hämatocele retrouterina bald im cavum peritonei, bald im Bindegewebe um den Uterus herum, und bei den schwereren Fällen oft gleichzeitig an beiden Stellen gefunden wird. Die nachstehenden beiden Krankengeschichten sprechen für diese Ansicht.

Bei einer 27jährigen Frau, die einmal vor 5 Jahren geboren hatte und später regelmässig menstruirt gewesen war, fingen nach einer Anstrengung während der Menstruation heftige Schmerzen, Empfindlichkeit des Unterleibs, nervöse Symptome und Metrorrhagie an. Neun Tage hielt sich der Zustand ziemlich unverändert; eine Geschwulst war von aussen nicht zu fühlen. Jetzt aber zeigte sich mit steigenden Schmerzen die Hämatocele hinter der Symphyse (erst von diesem Zeitpunct an hat Verf. selbst den Fall beobachtet). Die Grösse, die Form und zum Theil auch die Consistenz der Geschwulst waren die eines graviden Uterus im 6. Monate. Der Uterus war nach vorn und nach oben verschoben. Die Uterinsonde wurde 7 Ctm. hineingeführt. Die untere Begrenzung der Geschwulst wurde wie ein halbmondförmiger Rand ein paar Zoll herunter in der Rectovaginalscheidewand gefühlt. Im Rectum wurde die vordere Wand in der

Gegend der fossa Douglasii hervorgewölbt constatirt, und die von Aussen und Innen gefühlte Geschwulst schien eine zusammenhängende Masse zu bilden. Ungefähr 2 Wochen später perforirte sie ins Rectum, und nach der Entleerung der Blutcoagula wurde die Geschwulst in der fossa Douglasii unbedeutend, während die Infiltration in den Parametrien sich eine Zeitlang hielt. Secundäre Entzündung; Dilatation der Perforationsöffnung mit einem Bruchmesser, reinigende Injectionen ins Rectum; Exacerbation während ein paar Ovulationsperioden; Genesung nach drei Monaten.

Verf. hat die Vermuthung, dass sich das Hämatom zuerst gebildet hat, erst später mit den allarmirenden Symptomen das Extravasat im Cavum peritonei. Dieser Verlauf konnte in einem zweiten Falle genau constatirt werden.

Eine 27jährige Frau, die vor 3 Jahren geboren und eine nachfolgende Parametritis im Wochenbett überstanden hatte, bekam während der Menstruation Schmerzen und Empfindlichkeit des Unterleibs, und 14 Tage später wurde über der Symphyse und in den beiden fossae iliacae eine in der Mitte leicht excavirte Geschwulst gefühlt. Die Lage der Geschwulst war hauptsächlich in den Seitenrändern des antevertirten Uterus, in der Rectovaginalscheidewand erstreckte sie sich ein paar Zoll unter das Lacunar. Die Grösse der ganzen Geschwulst die eines graviden Uterus im 4. Monate. Mit heftigen Schmerzen und Neigung zum Collaps vergrösserte sich aber jetzt die Anschwellung und wurde besonders nach der Coagulation des Blutes mit ihrer obern Grenze in der Höhe der spina ilei ant. sup. gefühlt. Die Prominenz von der fossa Douglasii trat im Rectum stärker hervor und im Septum rectovaginale erstreckte sich die Infiltration bis ein paar Zoll über den Anus. Theils durch Resolution, theils durch Entleerung bei einer Perforation ins Rectum verminderte sich die Geschwulst, und nach 2 Exacerbationen in den Ovulationsperioden trat die Genesung ein.

Paulli (Kopenhagen).

O. G. Silvestri. Due casi di amputazione del mignolo colla legatura elastica per indicazione vitale.

(Gaz. med. ital. prov. Ven. 1875. No. 25.)

S. beobachtete vor ungefähr 20 Jahren einen Fall, wo bei einer jungen Frau sich zu einer einfachen Frostbeule progressive Gangrän der oberen Extremität hinzugesellte, welche die Mitte des Oberarms erreichte. Die Frau wurde amputirt und starb am darauf folgenden Tage. Einem ähnlichen Fall begegnete S. kürzlich, die Gangrän hatte sich aber noch nicht über die 2. Phalanx des Kleinfingers erstreckt. Es wurde eine feste elastische Ligatur über der 1. Phalanx angelegt und dauernd liegen gelassen (Amputation). Die Gangrän hatte an der elastischen Schnur eine dauernde Barrière gefunden.

In einem 2. Falle (Verletzung des Kleinfingerballens) wurden die ungemein intensiven Schmerzen, welche sich über die ganze ent-

sprechende Körperhälfte erstreckten, ebenfalls durch eine elastische Ligatur über der Verletzung aufgehoben (freilich mit Aufopferung des entsprechenden Fingertheiles).

S. glaubt, dass auch Phlegmonen auf diese Weise am Fortschreiten gehindert werden könnten. **Menzel** (Triest).

Kleinere Mittheilungen.

Horteloup. Sarcome teleangiectasique du cuir chevelu, compliqué d'anévrysme cirsoide. Opération. Guérison.

(La France medicale 1875.)

Eine 74 Jahre alte Dame hatte im Alter von 35 Jahren zwei linsengrosse Warzen auf dem Hinterhaupte bemerkt; die eine war unverändert geblieben, die andere allmälig und ohne Schmerz zu verursachen, gewachsen. Im Mai 1874 entstand auf dem grösseren Knötchen eine leicht blutende Ulceration, die jedoch bald heilte. Der Knoten wuchs jetzt bedeutender.

Im September 1874 bemerkte Pat. beim Erwachen eine heftige Blutung am Kopfe, die mit Mühe durch aufgelegte Eisenchloridwatte gestillt wurde.

Der Tumor war jetzt apfelgross, gestielt, von weisser Haut bedeckt, liess dem Radialpuls isochrone Schläge fühlen und durch das Gesicht erkennen. Die umgebenden Aeste der Art. occipitales waren cirsoid erweitert, in den Arterien Fremissement, Compression derselben verminderte die Pulsationen der Geschwulst. Diagnose: teleangiektatisches Sarcom.

Beide arteriae occipitales wurden durch Simpson'sche Akupuncturnadeln verschlossen; da die cirsoide Erweiterung der Gefässe eine ausgiebige Umschneidung verhinderte, wurde der Stiel unter mässiger Blutung mit Messer und Ecraseur abgetragen. Die Untersuchung des Tumor ergab eine deutliche bindegewebige Kapsel. Er war von einem erweiterten, vielfach anastomosirenden, zartwandigen Gefässnetz durchzogen, grauröthlich und bestand im Wesentlichen aus parallel und eng aneinanderliegenden Spindelzellen. Der Wundverlauf war durchaus günstig. 8 Monate nach der Operation war kein Recidiv vorhanden.

A. Genzmer (Halle).

H. Laub. Theilweise Exstirpation der Glandula submaxillaris. Secundäre Hämorrhagie. Ligatur der Carotis communis.

(Hospitalstidende 1875. No. 8.)

Nach einer explorativen Incision in die Glandula submaxillaris mit theilweiser Exstirpation derselben trat Gangrän und später eine sehr bedeutende Blutung ein. Die Carotis communis sin. musste mit carbolisirter Seide ligirt werden. Am 21. Tage fiel die Ligatur ab. 8 Wochen nach der Operation entstand eine arterielle Hämorrhagie aus der noch nicht geheilten Wunde, welche mit Eis bekämpft wurde. Darauf völlige Genesung. Wenige Secunden nach der Unterbindung wurde eine starke Dilatation der linken Pupille beobachtet, welche sich 4 Wochen hielt.

Paulli (Kopenhagen).

J. Scheff. Der sogenannte Zahnfleischscorbut.

(Wiener med. Presse 1875. No. 5.)

Verf. wendet sich gegen die oft ganz irrig gebrauchte Bezeichnung »Scorbut«, für gelockertes, leicht blutendes Zahnfleisch, wovon oft der Zahnstein die Ursache sei, nach dessen Entfernung das Zahnfleisch wieder gesund werde. Andererseits fehle oft gerade bei Patienten, welche am ganzen Körper Scorbut haben, derselbe am Zahnfleische. Der Scorbut komme allerdings am Zahnfleische vor, aber stets als

Folge vorausgegangener Entzündung, im Gegensatz zum Körper-Scorbut. Die Hauptursache eines scorbut. erkrankten Zahnfleisches liege in vernachlässigter Pflege der Zähne. Verf. spricht ausführlicher über den Zahnstein; dieser wuchere zwischen Alveole und Zahnfleisch hinein, letzteres werde entzündet, stellenweise kommt es dann zur Gangränescenz desselben und nach der Abstossung der necrot. Partieen entstehen die sogenannten »scorbutischen Geschwüre«. Durch die Entzündung werden auch die Alveolen zur Resorption gebracht, das Peridentium entzündet sich nun auch, und die Zähne fallen aus. Nekrosen der Alveolen, Ulcerationen an den Lippen, der Zunge, der Wange begleiten diese Erscheinungen. Erst in diesem Stadium könne man von »Scorbut« des Zahnfleisches reden. Entfernung des Zahnsteins und sorgfältige Reinhaltung durch Bürsten etc. (Wasser mit etwas Ratanhiatinctur) seien die sicheren Mittel dagegen, es erfolge bald Heilung, während der Körperscorbut trotz angewandter Mittel vielleicht fortbestehe, ein Beweis, wie Verf. meint, dass die beiden Zustände verchiedenen Ursachen ihre Entstehung verdanken. **Fr. Steiner** (Wien).

A. Garbi. Amputazione della coscia mediante la compressione elastica.

(Gazz. med. ital. Prov. Venete 1875. No. 7.)

Ein 28jähriger tuberkulöser Sträfling sollte wegen Tumor albus des Kniegelenks amputirt werden. Wegen der Schwäche des Pat. wählte G. die elastische Ligatur als Amputationsmethode; sie wurde den 5. Dec. 1874 angelegt. Zwei Tage darauf wurde im Knie exarticulirt (!) und sämmtliche Weichtheile des Oberschenkels bis 10 Ctm. unter der Schlinge bis auf den Knochen abgetragen. Die Condylen des Femur wurden somit aus dem Rumpf nackt hervorragen gelassen. Die vasa nutritia des Knochens bluteten. Pat. starb am 29. Tage nach Anlegung der Ligatur, und obwohl während dieser Zeit über der 1. eine zweite Ligatur angelegt wurde, nachdem die erste in ihrer Wirkung stillstand, waren die Weichtheile nach 29 Tagen noch nicht ganz durchtrennt. Die Art. war durchschnitten und mit einem 17 Ctm. langen Thrombus erfüllt. Dahingegen war der nervus ischiaticus noch ziemlich unversehrt. Seine Peripherie war an der Einschnürungsstelle um $1/6$ geringer als nebenan.

Beiderseitige Pneumonie, Tuberkulose der Lungen und Leber, und allg. Hydrops.

(Zugegeben, dass der Tod nicht der Operation und nicht der Methode zur Last zu legen sei, so wird die Methode selbst doch schwerlich Nachahmer finden. Wozu haben wir denn Esmarch's Methode, ohne Blutverlust zu amputiren? Sollte aber auch jene geringe Blutmenge ins Gewicht fallen, welche nach Ligatur der Hauptstämme und der Abnahme der Binden verloren gehen kann, so würde sich Ref. doch noch eher entschliessen, unter Anwendung der hämostat. Methode galvanokaustisch zu amputiren. Ref.) **Menzel** (Triest).

Conferenza scientifica XVII tenutasi nell' ospedale civico di Trieste il 23 Gennajo 1874.

(Annali univ. di med. e chirurgia 1875. Gennajo.)

Dr. **Menzel** stellt zwei Kranke vor:

I. Resection des Fussgelenks — geheilt.

Ein 21jähriger Mann zog sich durch Fall eine starke Distorsion des rechten Fusses zu. Acht Monate später waren um beide Knöchel grosse Abscesse entstanden; heftiges Fieber und intensive Schmerzen brachten den Kranken sehr herunter. Den 8. Februar 1873 totale Resection des Fussgelenks, darauf Gypsschwebe, und offene Wundbehandlung. Regelmässiger Verlauf, 7 Monate nach der Operation vollkommene Heilung. Der Gang des Pat. ist als ein vollkommener zu bezeichnen und die Heilung (wie dem Ref. aus spätern Nachrichten bekannt) eine dauernde. Die beiden Malleolen haben sich aus dem erhaltenen Periost fast vollständig wieder neugebildet.

II. Resection des Kniegelenkes — geheilt.

Ein 10jähriges Mädchen litt seit 4 Jahren an Tumor albus des rechten Kniees mit Fisteln. Den 19. August 1873 wurde die Resection mit Patellarlappen vorgenommen und die Wunde in der Gypsschwebe offen behandelt. Von Femur und Tibia zusammen waren im Ganzen 4 Ctm. abgesägt worden. Zur Zeit der Vorstellung waren $4^1/_2$ Monate seit der Operation verstrichen und das Mädchen ging ganz behende mit Hülfe eines Stützapparates (2 seitliche Stahlschienen) und eines Stockes, obwohl noch einige Fisteln offen waren. Gegenwärtig (19. Februar 1875) und zwar schon seit vielen Monaten sind die Fisteln vollkommen verheilt, und geht das Mädchen ganz frei ohne Stock. Die Verwachsung ist nicht knöchern, sondern fibrös und da noch immer eine Neigung zur Flexion des Kniees besteht, kann die Kleine den Stützapparat noch immer nicht entbehren.

Menzel (Triest).

C. Bontemps. Hypertrophie générale de la prostate avec cystite du col; retention d'urine; impossibilité de pénétrer dans le reservoir urinaire; cinq ponctions de la vessie; Catheterisme practicable au bout de dix jours; guérison.

(Gaz. hebdom. 1875. No. 3.)

Die Krankengeschichte ist im langen Titel gegeben. Sie betrifft einen 73jährigen Zimmermann, der an Prostatahypertrophie leidend, einmal nach reichlichem Weingenuss nicht Harn lassen konnte. 3 Tage hintereinander wurde vergeblich der Catheterismus versucht; inzwischen warme Bäder und Belladonnaeinreibungen. Am 4. Tage wurde der Blasenstich gemacht (mit einem geraden Troikar). Rasche Besserung der gefahrdrohenden Symptome. Ein Gummikatheter, der eingelegt wurde, fiel 2 Tage später, durch Ungeschick des Pat., heraus. Erneute Punction, da das Einführen des Katheters nicht gelang, in der ersten Stichöffnung. Noch dreimal wiederholte sich diese Fatalität und stets musste wieder von Neuem in der ersten Stichöffnung punctirt werden. Trotzdem geringe Reaction. Mittlerweile gelang es B., von der Urethra aus in die Blase zu gelangen. Heilung in 14 Tagen. 2 Monate später konnte Pat. auch ohne Katheter uriniren. **Fr. Steiner** (Wien).

Die Redaction erhält von Herrn Prof. Roser noch folgende Ergänzung seiner Original-Mittheilung über Rippenresection bei Empyem in No. 38 dieses Blattes. Dieser weitere Beitrag gehört zu S. 595, Z. 2 v. o.

»In allen Fällen, wo ich Rippenresection gemacht hatte und auch in manchen anderen Fällen von Empyem-Schnitt fand ich für gut, den Finger möglichst einzuführen und die Lunge, das Zwerchfell, den Herzbeutel, die innere Brustwand mit dem Finger zu befühlen. Ich habe Rippensplitter gefunden, Verwachsungen der Lunge erkannt, einmal auch ein Loch im Zwerchfell wahrgenommen. Einmal habe ich auch das Zwerchfell gesehen und den Klinicisten zeigen können. Nach dem Befühlen habe ich immer die Operirten langsam umgewälzt und sie einige Zeit schwebend halten lassen. Bei diesem Verfahren ist die vollkommene Entleerung der Pleura besser erreicht worden, als es wohl je mit Einspritzungen gelungen wäre. — Es scheint mir vortheilhafter, dass die Pleura Luft enthalte, als eine, immer zur Zersetzung bereite, wässrige Flüssigkeit. — Schädliche Folgen, z. B. Ohnmacht, sind bei dem Umwälzen nie vorgekommen«.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 41. **Sonnabend, den 9. October.** **1875.**

J. Worm Müller. Transfusion und Plethora.

(Universitätsprogramm für das erste Halbjahr 1875.)

Christiania. **W. C. Fabritius.** 1875.

Vorliegende Abhandlung betrachtet Verf. als eine Fortsetzung seiner physiologischen Studien über die Abhängigkeit des arteriellen Druckes von der Blutmenge (Berichte der Kgl. Sächs. Gesellsch. d. Wiss., math. phys. Cl. Decbr. 1873 — ref. im Centralbltt. f. Chir. 1874 p. 119 und 150). Es kam W. M. darauf an, zu untersuchen, ob und um wie viel die Blutmenge eines Thieres vermehrt werden dürfe, ohne dass auf die Dauer der Organismus darunter leidet. In den bisher vom Verf. angestellten Experimenten war die Beobachtungszeit für Entscheidung obiger Frage eine viel zu kurze. — Die Versuche zerfallen in zwei Hauptgruppen, je nachdem das Blut derselben Species oder solches einer anderen Species benutzt wurde. Ferner kommt die Unterscheidung hinzu, ob das Blut vor der Einspritzung defibri-

nirt wurde, oder ob man dasselbe direct aus der Arterie des Blutspenders in eine Vene des Versuchsthieres überleitete. — Die meisten der Versuche sind an Hunden ausgeführt und zwar mit Hunde- oder mit Lammblut, einige auch mit Katzenblut; nur einzelne Experimente betreffen Kaninchen, welchen defibrinirtes Kaninchen- oder defibrinirtes Lammblut eingespritzt wurde.

Um die Variationen zu studiren, welche die Blutmenge nach einer Transfusion im Laufe der folgenden Beobachtungszeit erfährt, wurden sowohl mehrere Tage vor als auch nach der Transfusion Blutkörperchen-Zählungen nach der Methode von Malassez (cf. Centralbl. f. Chir. 1874 p. 37) unternommen und zur Controlle Bestimmungen der Färbekraft des Blutes nach den von Welcker, Heidenhain und Panum gegebenen Regeln ausgeführt. Höchst bemerkenswerth, auch für die sonstige Brauchbarkeit der Methode von Malassez, ist der Umstand, dass durchgehends die Blutkörperchenzählungen dieselben Resultate wie die Bestimmungen der Färbekraft ergaben. —

Um ferner den Einfluss der vermehrten Blutmenge auf den Stoffwechsel kennen zu lernen, hielt es W. M. für nothwendig, den Thieren eine jede Nahrungszufuhr beinahe eine Woche vor und fast eben so lange nach der Bluteinspritzung abzuschneiden. Alle 24 Stunden wurden die hungernden Thiere gewogen; man bestimmte ihre Rectumtemperatur, ferner das Quantum, das specifische Gewicht und nach Liebig's Titrirmethode den Harnstoffgehalt des in 24 Stunden entleerten Urins.

Mit Rücksicht auf Transfusionen defibrinirten Blutes derselben Species kommt Verf. zu dem Resultat, dass Hunde eine Vermehrung der Blutmenge um 82—83 % ohne Schaden ertragen, wenn nur die Einspritzungen langsam und mit Pausen ausgeführt werden. — Bei einer Vermehrung der Blutmenge um 154 % scheint dagegen die Grenze überschritten, indem hier lebensgefährliche Symptome auftraten. Doch mögen individuelle Verhältnisse, das Alter und der Ernährungszustand des Thieres eine grosse Bedeutung bei Fixirung obiger Grenze haben. —

Sodann glaubt aber M. W., dass die wirkliche Vermehrung der Blutmenge erheblich geringer sei, als das eingespritzte Blutquantum, indem bereits ein paar Stunden nach der Transfusion etwa die Hälfte des eingespritzten Blutplasma durch die Gefässe wieder austreten soll. Allein auch die factische Vermehrung ist nur von kurzer Dauer. Nach einigen (2—5) Tagen kehrt die Blutmenge höchst wahrscheinlich wieder zur Norm zurück, indem der Organismus, wie es Valentin bereits ausgesprochen, in der That einen unveränderlichen Procentgehalt des Gesammtkörpers an Blut zu behaupten scheint. Bei dieser Rückkehr zur Norm in quantitativer Beziehung verhalten sich aber die Blutkörperchen und das Blutplasma sehr verschieden. Letzteres tritt in den ersten 2, 3—4 Tagen in beträchtlichen Quantitäten aus den Gefässen heraus; zu gleicher Zeit erscheint die Harn-

stoffsecretion der transfundirten, hungernden Thiere erheblich vermehrt. Die Blutkörperchen dagegen erhalten sich in den ersten 2—4 Tagen nach der Transfusion unverändert, sowohl die eigenen des Thieres, als auch die eingespritzten, und zwar hatten letztere ihre Lebensfähigkeit fast durchgehends behalten, wenn auch das einzuspritzende Blut vor der Transfusion 24 Stunden im Eis aufbewahrt wurde, wenn also auf die rothen Zellenelemente während dieser Zeit dauernd eine Temperatur von blos 3—4° C. eingewirkt hatte. Allein der eingeführte Ueberschuss an rothen Blutkörperchen hat wahrscheinlich auch nur eine begrenzte Lebensdauer. Es scheint, dass dieselben während eines längeren Zeitraumes nach und nach destruirt werden und dem Stoffwechsel anheimfallen. Möglicherweise tragen sie zu der beobachteten, permanenten Vermehrung des Harnstoffs nach Transfusionen bei. Dagegen sind die Schicksale des hierbei freiwerdenden Blutfarbstoffes noch unerforscht. Eine Vermehrung des Gallenfarbstoffes hat W. M. nicht gefunden, auch fehlte in allen Versuchen Icterus. — Es steht dahin, ob nicht die Lebensfähigkeit der eingespritzten rothen Blutzellen verlängert werden kann durch gute Ernährung des Organismus. Selbstverständlich konnte Verf., da er an hungernden Thieren experimentirte, über diesen Punct keine Aufschlüsse erhalten. Dagegen will er sich überzeugt haben, dass die Lebenskraft der Blutkörperchen jedenfalls nicht in erheblichem Grade von der Defibrination und auch nicht von der Kälte beeinflusst wird. — Vielleicht wird nach den Untersuchungen von W. M. der Valentin'sche Satz dahin erweitert werden müssen, dass für die Dauer nicht nur die Blutmenge eines Organismus eine bestimmte Grösse besitzt, sondern dass auch in derselben nur eine bestimmte, von der Quantität und der Zusammensetzung des Blutplasma abhängige Zahl von Blutkörperchen für die Dauer enthalten sein kann (Ref.). — Im Weiteren sucht W. M. die Unschädlichkeit und die Bequemlichkeit der Defibrination des Blutes zu begründen, indem er sich fast durchgehends den neuesten Auseinandersetzungen Panum's (cf. Virch. Archiv Bd. 63 — ref. im Centralbl. f. Chir. 1875 No. 29.) anschliesst. »Die Vortheile des defibrinirten Blutes,« sagt er, »sind so unschätzbar, dass seine Anwendung in der ärztlichen Praxis, so lange man kein Thierblut, welches das Menschenblut rempláciren kann, gefunden hat, unbedingt vorgezogen werden muss.« Freilich sei es erforderlich, das Blut in ganz reinen und trockenen Gefässen aufzufangen, sorgfältig zu defibriniren und durch zwei dichte Leinwandfilter oder durch einen Atlasfilter zu filtriren.

Ganz anders gestalteten sich die Ergebnisse der Einspritzungen fremdartigen Blutes. Während in den Transfusionsversuchen mit dem Blute derselben Thierart keine oder nur geringe Störungen selbst bei grosser Ueberfüllung des Gefässsystems auftraten, führten bei der directen oder der indirecten Lammbluttransfusion Blutquanta, die mehr als 20 % von der Norm betrugen, den Tod der Hunde herbei. Und zwar hatte dasselbe Quantum Lammblut im Wesent-

lichen ganz denselben Effect, mochte eine Depletion vorhergegangen sein oder nicht. Uebereinstimmend mit den Befunden von King, Magnani, Panum, Mittler, Landois u. A. beobachtete W. M. als das wichtigste Symptom der Lammbluttransfusionen beim Hunde Blutungen und zwar capillare Blutungen aus Wunden, und oft sehr starken Blutfarbstoffgehalt des Urins (Hämoglobinurie, Ponfick); sodann fast immer starke Blutüberfüllung der Nieren, häufig Lungenhyperämie mit Infarcten oder kleinen Extravasaten, Blutaustritte in den Darmcanal und blutige Färbung des Inhalts seröser Höhlen. Die Ursache obiger Symptome ist in der Destruction der rothen Blutkörperchen zu suchen, welche auch mikroskopisch von Landois (Centralbl. f. med. Wiss. 1873 No. 56 u. 57) und von Creite (Zeitschr. f. rat. Medicin 1869 Hft. 1 p. 90 u. ff.) genau studirt worden ist. Es kommt hier die Wirkung des eingespritzten Blutes auf die Blutkörperchen des Versuchsthieres oder der Einfluss des Blutes des blutempfangenden Organismus auf die eingespritzten Blutkörperchen in Frage. Für die Lammbluttransfusionen beim Hunde hat nun W. M., die Angaben von Landois über die grosse Resistenz der Hundeblutkörperchen gegenüber dem Serum sehr vieler Arten von Säugethierblut bestätigend, ermittelt, dass, ganz unabhängig davon, ob defibrinirtes oder undefibrinirtes Lammblut eingespritzt wird, im Gefässsystem des Hundes die Lammblutkörperchen fast gänzlich nach kurzer Zeit aufgelöst und zerstört werden. Die Schnelligkeit der Destruction scheint vom Mengenverhältnisse zwischen Lammblut und Hundeblut abhängig zu sein. Aber auch die eigenen Blutkörperchen des Hundes erfahren eine wenn auch sehr geringfügige Destruction. — Nach Verf. erklärt die Destruction der Blutkörperchen nur den Hämoglobingehalt der verschiedenen Transsudate und denjenigen des Harns. Als Ursache der oft beträchtlichen wirklichen Blutaustritte in angelegte Wunden, sowie in den Darmcanal sieht er sich genöthigt, einen Einfluss des fremdartigen Blutes auf die Gefässwände selbst anzunehmen, wodurch »auf irgend eine Art eine Integritätsstörung der Gefässwände« zu Stande kommt. Die Erklärung der Blutungen durch eine mehr oder minder umfangreiche Verstopfung von Capillaren und kleinen Gefässen in den verschiedenen Organen durch zusammengeballte Fremdblutkörper und Stromafibrin und hierdurch bedingte Blutdrucksteigerung in den noch wegsamen Capillaren (Landois) erscheint Verf. als durchaus nicht zureichend, namentlich für die so oft schon während der Transfusion stattfindenden Blutungen.

Schliesslich betrachtet Verf. die bisher am Menschen ausgeführten Lammbluttransfusionen und findet, dass hier die Erscheinungen im Wesentlichen dieselben sind, wie beim Hunde. Der Grund, warum beim Menschen eine verhältnissmässig geringere Zahl von gefährlichen Symptomen beobachtet wird, liegt nach W. M. lediglich darin, dass hier die transfundirten Blutquanta gewöhnlich nur $^1/_{20}$—$^1/_{30}$ und höchstens $^1/_{15}$ der normalen Blutmenge betragen haben. —

Im Anschluss an Panum (l. c.) giebt W. M. vorläufig dem defibrinirten Menschenblut die erste Stelle bei Transfusionen am Menschen, da das transfundirte Blut »hauptsächlich oder vielleicht ausschliesslich vermittelst seiner rothen Blutkörperchen dem Organismus zu Nutzen ist«. Als Indicationen für Bluteinspritzungen dürfen aber nach W. M. nur gelten: starke Blutungen, gewisse Vergiftungen (z. B. durch Kohlenoxydgas), und ferner einige chronische Anämieen (nach chronischen Blutverlusten, bei Chlorose und Leukämie).

Eine grosse Zahl interessanter Einzelbeobachtungen, sowie anregende Anmerkungen zu denselben finden sich im Original an vielen Stellen. So betont z. B. W. M. mit vollem Recht, wie bei Experimenten über Sepsis u. s. f. so manche der bisherigen Differenzen sich würde lösen lassen, wenn man bei Injection putrider Stoffe darauf Rücksicht nähme, ob die zu den Injectionen benutzten septischen oder faulenden Substanzen (Blut, Eiter, Gewebsinfuse) von derselben oder von einer anderen Thierspecies oder Thiergattung stammen. Denn nur so liessen sich alle die Effecte eliminiren, welche die fremdartigen Flüssigkeiten schon an sich in ihrem nicht veränderten Zustande auf den Versuchsorganismus ausüben. Zweifellos würden dann die Ergebnisse so mancher experimentellen Arbeiten auf dem Gebiete der Septikämie und Pyämie in einem anderen Lichte erscheinen als bisher. Trotz einiger etwas gewaltsamer Deutungen in Bezug auf einschlägige Ergebnisse anderer Experimentatoren, ist die vorliegende, mit tiefem wissenschaftlichen Ernste vollendete Arbeit als ein wesentlicher Fortschritt auf dem Wege zu verzeichnen, auf dem allein die Transfusionslehre weiter gefördert werden kann. **Lesser** (Berlin).

Viertel. Ueber Knochenechinococcen. Aus der chirurg. Klinik in Breslau.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 3. p. 476—493.)

Eine Beobachtung Fischer's und die in der Litteratur beschriebenen 26 Fälle von Knochenechinococcen vertheilen sich auf die verschiedenen Körperregionen, wie folgt: Schädelknochen 4, Wirbelsäule 3, Becken 5, Humerus 5, Fingerphalangen 1, Femur 2, Tibia 7.

Die Knochenechinococcen stellen langsam wachsende und anfangs meist indolente Geschwülste dar, welche zunächst das Bild eines central entstandenen Knochentumors, später das einer Knochencyste bieten.

Nach dem Sitz der Knochenechinococcen richten sich auch die von ihnen hervorgerufenen Symptome, die von dem Bilde eines Hirntumors oder eines Rückenmarksleidens bis zu dem eines Senkungsabscesses auf das Mannigfaltigste variiren können. Fracturen, bisweilen mit consecutiver Pseudarthrosenbildung, und Luxationen seien häufig in ihrem Gefolge. Ebenso können sie Knochenabscesse und Necrosen und chronische Gelenkleiden vortäuschen.

Diagnosticirbar sind sie erst wenn der Knochen usurirt und das Hydatidenschwirren fühlbar ist, oder wenn durch spontanen Durchbruch u. s. w. ein Theil des Inhalts entleert wird. —

Bezüglich der Prognose stellen sich am ungünstigsten die Schädelknochen, die Wirbel und das Becken, weniger ungünstig die Extremitäten. Fast in allen Beobachtungen, wo sich eine Anamnese findet, ist eines oft lange Zeit vorhergegangenen Trauma Erwähnung gethan; indessen fehlt zur Zeit jeder Grund, dieses Trauma mit dem Auftreten der Echinococcen in Causalnexus zu bringen.

Die Casuistik und die sehr interessante Beobachtung Fischer's, eine Cystengeschwulst des Beckens mit nachfolgender Perforation ins Hüftgelenk betreffend s. im Original. **Wilh. Koch** (Berlin).

Port. Kriegsverbandstudien.

(Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1875. Hft 5.)

Verf. erinnert an die wenig erbaulichen Zustände, die der Sanitätsdienst nach jeder grösseren Schlacht bietet, an die Ueberfüllung der Verbandplätze und Lazarethe, an das Uebermaass der von dem Einzelnen zu leistenden ärztlichen Arbeit und an die gewöhnliche Unzulänglichkeit der vorräthigen Verbandmittel. Er sieht den Grund hierfür nicht in einem Mangel der bestehenden Einrichtungen, sondern in der Unzweckmässigkeit der üblichen Fracturverbände der Friedenschirurgie für den Feldgebrauch. Bei der Wirkung des heutigen Schnellfeuers seien dieselben viel zu umständlich, erforderten soviel Zeit und Hände zu ihrer Anlegung, soviel Raum zu ihrer Unterbringung, dass sie dadurch sowohl eine Beschränkung des transportfähigen Materials, als auch eine unliebsame Erschwerung und Ausdehnung der ärztlichen Thätigkeit involvirten. Das Ziel aller Kriegsverbände sei, solche zu finden, die zu ihrer Anlegung einen minimalen Zeitaufwand beanspruchen, die den Anforderungen für den Transport wie für die Nachbehandlung zugleich entsprechen, die der Art sind, dass man sie in grösserer Menge vorräthig halten kann, und dabei so einfach in Construction und Material, dass man im Felde die schwindenden Vorräthe sich selbst aller Orten ersetzen kann.

Dieses ideale Ziel hat Verf. in folgender Verbandmethode angestrebt: er fertigt aus Draht und Schnur (die man im Felde überall findet) sich selbst compendiöse Gestelle, welche mit Leinwand überzogen 1) dem verletzten Glied sofort eine solide Unterlage bieten, und 2) in ihren Drahtstäben eine solche Festigkeit besitzen, dass der darüber anzulegende Gypsverband nur aus einer einzigen Schicht zu bestehen braucht und, unbeschadet der Festigkeit, auf ganze Strecken für den verwundeten Theil freigelassen werden kann. — Solche Gestelle eignen sich bequem zur Suspension, und machen bei der Anlegung der Gypsschicht die sonst zur Unterstützung

verwendeten Hände der Gehülfen entbehrlich; sie ermöglichen ferner den offenen Zutritt zur Wunde, den freien Abfluss des Secrets und eine ev. Localbehandlung (Irrigation); endlich eignen sich diese Verbände für den Transport ebensowohl wie für die Nachbehandlung, brauchen mithin bei der Ankunft im Lazareth nicht erneuert zu werden.

1) Drahtgestell für den Unterschenkelbruch.

»Zwei Seitentheile bestehen je aus 2 in einander gesteckten und durch Schnur mit einander verbundenen rechtwinkeligen Drahtrahmen, werden gleichfalls mit Schnur an das Fussbrett befestigt, darauf 3 Bügel an die verticalen Stangen der Seitentheile zum Auseinanderhalten derselben gebunden. Damit ist das ganze Gestell fertig. Ueberzieht man nun das Fussbrett straff mit Leinwand und hängt man in die oberen horizontalen Stangen der Seitentheile ein Stück Leinwand so ein, dass es zur Aufnahme des Gliedes eine Rinne bildet, so ist alles zum sofortigen Gebrauch vorbereitet«.

Die Fixirung der Extremität geschieht durch eine Rollbinde, welche um den Unterschenkel und die oberen Drahtstangen der Seitentheile herumgeführt wird, wobei die letzteren einander sich nähern. Vollkommene Fixirung, z. B. für den Transport, erreicht man durch eine einfache Gypsbindenlage, mit entsprechenden Ausschnitten für die Wunde. — Durch Verschieben der Seitentheile lässt sich ein solches Verbandgestell platt zusammenlegen und bequem verpacken. Der Draht der vorräthigen Verbände soll geglüht sein, eine Dicke von $4^1/_2$ Mm. besitzen und behufs Conservirung mit Asphaltlack überzogen werden.

2) Drahtgestell für den Oberschenkel.

An das Unterschenkelgestell werden seitliche Verlängerungen befestigt, deren äussere, in der Gegend des Trochanter ausgeschweift, bis zum Hüftbeinkamm reicht und dort einen Beckenhalbring trägt, während die innere bis an den Damm geht und hier einen Fortsatz zur Stütze des Beckenhalbrings abgiebt. Je nachdem man es mit einer rechten oder linken, langen oder kurzen Extremität zu thun hat, müssen die Verlängerungsstücke in verschiedener Weise an das Unterschenkelgestell befestigt werden. Die Fixirung an das Becken geschieht durch Bindentouren, ev. Gyps.

Ein mit Watte gepolsterter Riemen, der an die untere Stange der äusseren Verlängerung und an den Beckenhalbring in der Unterbauchgegend befestigt wird, dient zur Contraextension; eine einfache Kurbel, gegen die Rückseite des Fussbretts angelegt, dient zum Aufrollen der Extensionsstreifen und wird mittelst eines durch die Oesen gesteckten Drahtstabes in beliebiger Stellung fixirt.

3) Drahtgestell für die obere Extremität.

Ist am einfachsten und besteht aus einem handbreiten Drahtrahmen von der ungefähren Länge des ganzen Arms, dessen Seitenstäbe, der Quere nach durch einige leicht gekrümmte Bügel auseinander gehalten, am oberen Ende zusammenlaufen und an ihrer Spitze

den Schulterhalbring tragen. Dieser Rahmen wird straff mit einer Rollbinde überspannt und zum Gebrauch in der Ellenbogengegend in einen beliebigen Winkel gebracht, so dass ein Leinwandlager für die Hinterseite des Ober- und Unterarms entsteht. Befestigung wieder mit Binde oder Gyps. — An den Thorax kann der so eingeschiente Arm sehr fest durch eine Bindentour angedrückt werden, welche vom Vorderarm, hier befestigt, durch die Achselhöhle der gesunden Seite über den Nacken und wieder zum Vorderarm zurückläuft. Dieser Draht braucht nur $3^1/_2$—4 Mm. dick zu sein. Die beschriebenen Apparate sind durch Zeichnungen erläutert. —

Als schliessliches Auskunftsmittel, wenn an blutigen Gefechtstagen der ganze Vorrath an Drahtgestellen erschöpft sei, bleibe dann noch der Gypsverband, und zwar der gefensterte oder der gegitterte. P. spricht sich dabei für die Präformirung der Fenster (Szymanowsky, Roser) aus und schlägt vor, fertige Fensterstücke von verschiedener Grösse, zu deren Anfertigung er ein eigenes Verfahren besitzt, vorräthig mitzunehmen. Der Gypsgitterverband werde, statt mit Holzstäben, zweckmässiger mit Drahtstäben angefertigt. — Schliesslich könne man sich mit Vortheil auch eines Strohschienenverbandes bedienen, zu dessen Anfertigung für den Oberschenkel er ein besonderes Verfahren angiebt.

Betreffs der lesenswerthen Einzelheiten dieser praktischen Mittheilungen muss auf das Original verwiesen werden. —

Für die Lazarethe empfiehlt P. noch 2 weitere Drahtgestelle: 1) Eine Schwebevorrichtung für die obere Extremität, bei schweren Verletzungen derselben, die den Kranken zum Aufenthalt im Bett zwingen; und 2) einen Apparat zur Schieflagerung der unteren Extremität für jene Brüche am oberen Ende des Femur, bei denen durch die Wirkung des Ileopsoas das obere Bruchstück nach vorn und innen gedreht ist, und eine Coaptation der Bruchenden nur dadurch erzielt werden kann, dass man das untere Bruchstück in dieselbe Richtung bringt. Beschreibung und Zeichnung ebendaselbst.

Den Schluss bilden Bemerkungen über die von P. mit grossem Vortheil geübte Methode der Gypsrinnenbildung, die er zur Erzielung von Immobilisirung, gleichmässigem Druck und freier Zugänglichkeit zur Verletzung nochmals dringend empfiehlt.

Arn. Hiller (Berlin).

Hickl. Mittheilungen aus Prof. Weinlechner's Abtheilung im Rudolphspitale: Erfahrungen und Beobachtungen über die Transplantation gänzlich abgetrennter Hautstücke.

(Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 31.)

In 4 Jahren sind an 62 Kranken 1296 Hautläppchen transplantirt. 842 (65 %) hafteten, und wurde nur auf Geschwüre transplantirt, welche von den Rändern her benarbten und gesunde Granulationen

zeigten. Auf ödematösen Granulationen hafteten die Läppchen nicht, wohl aber auf solchen, die stärker eiterten, wenn der Verband oft erneuert wurde. Bei Narbenspannung hafteten die Hautstückchen erst nach Umschneidung der Geschwüre. Dauer und Ausdehnung der Geschwäre, Alter, Ernährung und Constitution der Kranken hatten keinen Einfluss. Läppchen mit Unterhautzellgewebe, sowie stark gequetschte hafteten nicht. Die Epidermisschuppentransplantation nach Fiddes blieb erfolglos. Es schien, als ob Haut desselben Individuum besser anheilt, als von Andern entnommene. Die ersten Verbände wurden gelegt, indem zwischen die Transplantationsstückchen und das Heftpflaster Stanniol interponirt wurde. — Absolute Ruhe des bepflanzten Gliedes ist nothwendig. Die Grösse der Läppchen variirte von der eines Haferkorns bis zu der einer Bohne. Die kleinen hafteten besser. — Sehr dicht transplantirte Läppchen wurden nach ihrer Anheilung stark emporgehoben und ulcerirten schliesslich. — Beim ersten Verbandwechsel nach 24 Stunden sind die Läppchen verschieden gefärbt, je nachdem sie von den Granulationen schon Blutgefässe erhalten haben, oder nicht; die blassrothen, vascularisirten liessen sich durch einen Wasserstrahl nicht mehr abspülen und heilten an, leichenfarbene spülten sich ab; die von ursprünglicher Farbe heilten später an oder fielen auch ab. Die angeheilten waren etwas dicker und an Umfang kleiner, als vorher. Die Epidermisabstossung der Läppchen war meist am 3. Tage vollendet. — Die nach der Reverdin'schen Transplantation erfolgenden Narben sind nicht widerstandsfähiger, als die ohne dieselbe entstehenden. Die Recidive der Ulcerationen entstehen durch Contractur des rückgebildeten Granulationsgewebes, das unter den Läppchen immer vorhanden bleibt. Circumcision der Geschwüre und Heftpflasterdruckverband nach Maas (Sammlung klin. Vorträge von R. Volkmann No. 60.) sichern am meisten davor. **v. Mosengeil** (Bonn).

Berthold. Beschreibung einer einfachen Methode, vermittelst deren zwei Beobachter gleichzeitig den Augengrund, das Trommelfell oder den Kehlkopf untersuchen können.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 25.)

Die Idee B.'s ist die, dass der eine Beobachter direct durch einen durchbohrten Concavspiegel, wie es meist geschieht, das Object oder sein umgekehrtes Bild beobachten soll. Dieser Concavspiegel wird nicht direct von einer Lichtquelle, sondern durch einen anderen zweiten Concavspiegel beleuchtet, durch dessen Durchbohrung ein zweiter Beobachter blicken kann, um das Bild im ersten Concavspiegel zu betrachten. Der Spiegel, welcher für den zweiten Beobachter und als Lichtquelle für den andern Spiegel dient, muss eine Brennweite haben, die der Entfernung beider Spiegel von einander entspricht, der andere, welcher dem ersten Beobachter direct dient, das Object, z. B. Augen-

hintergrund, beleuchtet und dem zweiten Beobachter das Spiegelbild liefern soll, muss eine Brennweite haben, die grösser ist, als die Entfernung des reellen Hintergrundbildchens vom Spiegel, da Concavspiegel nur dann scharfe Bilder geben, wenn die Objecte sich nicht zu nahe ihrem Brennpuncte befinden. 15—20 Zoll Brennweite giebt gute Bilder. Die Oeffnung im Mittelpunct des betreffenden Spiegels darf nur klein sein, da sonst der zweite Beobachter unter Umständen das Bild an Stelle der Durchbohrung würde suchen müssen. Der Zweck der Methode ist selbstverständlich ein demonstrativer. Die Beobachtung von Kehlkopf und Trommelfell ist mit dieser Methode für den zweiten Beobachter eine leichtere, als die des Augenhintergrundes, da bei letzterem Falle leicht störende Reflexbilder von Cornea und Linse auftreten, in ersterem nicht. v. Mosengeil (Bonn).

W. Grube. Zur Statistik und Behandlung des Brustkrebses.

(Sitzungsberichte der med. Gesellschaft zu Charkow 1875. Beilage No. 2. p. 89.)

Gestützt auf ein Material von circa 1000 Fällen verschiedener Neoplasmen der Mamma aus seiner 16jährigen Praxis zu Charkow, erörtert Verf. die Diagnostik und Therapie. Von 947 Tumoren kamen auf Carcinome 734, Adenome 116, Sarcome 97; vier Fälle betrafen Männer. Die häufigsten Krebsformen waren carc. simpl., fibrosum, medullare und gelatinosum; nur ein Fall von carc. melanodes. Möglichst frühe Diagnose ist wegen der Therapie wünschenswerth. Sie stützt sich besonders auf das Alter (zwischen 40 und 50 Jahren, selten früher).

Der Krebs begann ferner ohne Ausnahme in einer Brustdrüse; in der andern erst sehr späte Entwickelung. Beginn der Affection ausnahmslos mit einem Knoten; mehrere zu Anfang sprechen sicher gegen Carcinom. Niemals scharfe Umgrenzung des Knotens, der hart, schmerzlos, beweglich ist, allmälig, aber beständig wächst. Bei sicherer Krebsdiagnose ist Entfernung der ganzen Drüse indicirt mit Schnitt bis zur Axilla, wobei die Untersuchung der subfascialen Lymphdrüsen ermöglicht wird. Operirt wurden 287 Fälle, darunter 201 Patientinnen 1mal, 56 2mal, 23 3mal, 5 4mal und 3 5mal. 10 % der Operationen hatten einen lethalen Ausgang. 47 mal Exstirpation partiell, danach 37 Recidive. Nach 159 totalen Exstirpationen nur 18 Recidive, worunter 4 nach Sarcomen. Mikroskopisch untersucht wurden 522 Tumoren, wovon 287 nach der Operation; 235 bei Ulceration. Unter ersteren waren 247 Carcinome, 33 Sarcome, 7 Adenome, unter letzteren 226 Carcinome und 9 Sarcome.

Jede andere Behandlung gegen Brustkrebs ausser der operativen ist zu verwerfen. W. Grube (Charkow).

Baerensprung. Der Leberabscess nach Kopfverletzungen.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 3. p. 556—594.)

Es giebt nach B. für die Entstehung der Leberabscesse nach Kopfverletzungen 5 aetiologische Momente: 1) Gleichzeitige Einwirkung einer äusseren Gewalt auf die Lebergegend, 2) die Einwirkung des Contrecoup bei Erschütterung des ganzen Körpers, 3) Emboli von maligner Beschaffenheit aus extrahepatischen Pfortaderästen, 4) solche aus den Lungenvenen, endlich 5) die metastatische Localisation der Septikämie. —

Die weitverbreitete Ansicht, als seien die Leberabscesse nach Kopfverletzungen häufiger als nach andern Verletzungen, verwirft B. auf Grund statistischer Erhebungen aus den Sectionsprotocollen des Berliner pathologischen Institutes.

Unter 7326 zwischen 1859—1873 in diesem Institute vorgenommenen Sectionen finden sich 146 Kopfaffectionen und unter diesen 89, als deren tödtliche Ursache Pyämie angenommen werden musste. Bei diesen kamen 19 mal Leberabscesse, resp. Rupturen zur Beobachtung (18 % excl. 3 durch directe Beschädigung der Leber entstandener Abscesse).

In derselben Periode wurden nach Verletzung oder Entzündung äusserer Theile excl. des Kopfes 39 Leberabscesse notirt, zum Beweise, dass es durchaus nicht die Kopfverletzung als solche ist, welche den Leberabscess bedingt, sondern dass allein in der Blutinfection deren ursächliches Moment liegt. Um das Verhältniss der letzteren Kategorie zu ermitteln, wurden sämmtliche Phlegmonen, Verwundungen und Operationen des übrigen Körpers zusammengestellt, bei denen zwischen 1868 — 1873 incl. in Folge infectiöser Wundkrankheiten der Tod eintrat. 3177 Protocolle ergaben 115 solche Fälle und unter diesen wieder 17 Leberabscesse (15 %). In derselben Zeit kamen 48 Kopfverletzungen zur Section. Von diesen waren der septischen Infection 33 erlegen und auf diese kommen 6 Leberabscesse — 18 %, dieselbe Zahl wie die aus den Jahren 1859—73 gewonnene.

Wilh. Koch (Berlin).

Ravoth. Ueber Druckbehandlung der Varicocele, der Reizzustände im Genitalapparat, sowie der Phlebectasieen an den Extremitäten.

Vortrag, gehalten in der **Hufeland**'schen Gesellschaft.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 23.)

Verf. knüpft an seine (cf. No. 19, 1874, der Berl. klin. Wochenschrift) Empfehlung, die Varicocele durch Druck einer Bruchbandpelotte zu heilen (cf. chir. Centralbl. 1874 p. 224), illustrirende Krankengeschichten. Mehr oder minder hochgradige Varicocelen, schneller oder langsamer entstanden, complicirt mit verschieden häufigen Samenergiessungen, theilweise ohne geschlechtliche Reizzustände, wer-

den häufig schnell gebessert und geheilt. Die Pollutionen sistirten bisweilen mit dem Anlegen der Bandage, die Varicocelen nahmen schnell an Volum ab, die Neigung zum Onaniren schwand. Neuralgieen wurden beseitigt und die bei grösseren Varicocelen eintretende Atrophirung der Hoden wurde rückgängig. Unter den die Wirkung der Druckbehandlung bedingenden Momenten hebt Verf. hervor: Circulationsbeschleunigung, Steigerung des Tonus in den Venen und im Cremaster, Beschränkung der Blutzufuhr, Entlastung der Vene vom Druck der regurgitirenden Blutsäule. — Zwei Fälle, in denen hochgradige Varicen durch Schenkelbruchbänder beseitigt wurden, folgen; in einem Falle waren Ulcera varicosa vorhanden. Auch eine als stürmische Pubertätsentwicklung bezeichnete Erkrankung eines 17jährigen Menschen, der an Erectionen, Pollutionen und Nervosität litt, wurde durch zweckmässige Druckbehandlung curirt.

v. Mosengeil (Bonn).

E. Lund. Erfolgreiche beiderseitige subcutane Durchtrennung des Schenkelhalses.

(British med. Journal 1875. Vol. II. p. 258.)

In der British medical Association berichtet L. über vorgenannten Fall. Es bestand feste Anchylose beider Hüftgelenke in gerader Stellung der Beine, so dass Pat. nicht sitzen konnte. 12 Wochen nach der Durchtrennung des linken Sehenkelhalses geschah die des rechten; Pat. konnte jetzt beide Schenkel bewegen und bequem die Körperlast auf einem der Beine tragen. **Pils** (Stettin).

Ch. Roberts. Plattfuss.

(George's Hospital Reports. 1872—1874. p. 211.)

Bei dieser Untersuchung sind nur die höheren Grade des Plattfusses berücksichtigt, bei welchen die Sohle ganz plan oder sogar nach unten convex vorspringt. Die Formen mit schwacher Gewölbebildung im Tarsus und Metatarsus sind ausser Acht gelassen. Unter 10000 Kindern aller Klassen im Alter von 8—12 Jahren fanden sich die höheren Grade des Plattfusses bei 42,7 per Tausend; ein bedeutender Unterschied wurde durch örtliche Verhältnisse mit ihrer Beschäftigungsweise bedingt. So ermittelte er bei den Kindern der ländlichen Districte in York, Lancaster und Chester, die nur gelegentlich zu ländlichen Arbeiten mit herangezogen werden, hauptsächlich aber die Schule besuchen, nur 17,1 von Tausend. Dagegen bei den Kindern der Fabrikorte, die vorzugsweise von schwächlichem Bau 5 Stunden täglich, meist stehend, in heisser, dunstiger Atmosphäre arbeiten, 79 per Tausend. Am deutlichsten erhellt die Wirkung der Beschäftigung auf Ausbildung des Plattfusses aus den nach dem Lebensalter geordneten Zahlenreihen.

Es zeigten Plattfüsse im 8. Jahre 15,1 von Tausend Kindern, im 9. Jahre 45,6 pr. m., im 10. Jahre 51,2 pr. m., im 11. Jahre 104,2 pr. m. und im 12. Jahre 132,4 von tausend Kindern. Ueber die späteren Jahre, welche 10 Arbeitsstunden haben, liegen keine statistischen Erhebungen vor.

Erst gegen das 8. Lebensjahr werden die Kinder zum Arbeiten herangezogen, daher hier noch die kleine Ziffer, die nun schnell zunimmt. Als besonders schädlich wird das lange Stehen angeführt, dagegen ein specielles Vorwiegen einer constitutionellen Erkrankung (Scrophulose, Syphilis oder Rachitis) in den Fabrikbezirken in Abrede gestellt. Nicht selten beobachtete R. neben Plattfuss Erschlaffung der Gelenkbänder, besonders des Ellenbogen- und Kniegelenks (genu valgum). **Pilz** (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

N. Sotschawa. Tod in Folge von Schutzblatternimpfung.

(Sitzungsberichte der med. Gesellsch. zu Charkow 1875. Beilage No. 2. p. 97.)

Bei einem 4monatlichen Kinde entwickelte sich am 4. Tage nach der Impfung ein Erysipelas phegmonosum, welches sich rasch über den ganzen Körper verbreitete und schnell tödtete. Impfschnitte durch den Gemeindeimpfer 2 Ctm. lang gemacht. Schlechte Lymphe oder unreine Lanzette (?). **W. Grube** (Charkow).

J. Selinsky. Ein Watte-Respirateur als Analyseur infectiöser Stoffe.

(Sitzungsberichte der kaiserl. med. Gesellsch. im Kaukasus 1875.)

Verf. empfiehlt einen solchen zur Verminderung von Ansteckung durch Infectionskrankheiten und glaubt zugleich die Natur der Infectionsstoffe durch ihn bestimmen zu können, da gasartige Schädlichkeiten ein negatives Resultat der Watteuntersuchung ergeben würden, molleculäre aber sich nachweisen liessen. Im letzteren Fall würde ein Nutzen von der Anwendung des Respirateur zu erwarten sein. **W. Grube** (Charkow).

Seu tratamento pelo oleo de Dipterocarpus trinervis.

(Gaz. med. de Lisboa 1875. No. 12.)

Aus der Revista de pharmacia de Porto wird über einen Baum berichtet, dem Blume obigen Namen beigelegt hat, der auf Java wächst und dessen Harz von den Eingeborenen zur Heilung veralteter Geschwüre benutzt wird. Mail, Douglas und Salisbury empfehlen das Harz auch bei Lepra und sollen mit demselben in den Hospitälern Calcutta's ausgedehntere Versuche angestellt werden. **Ullersperger** (München).

W. Poray-Koschitz. Ein Fall von Syphilisverbreitung in einer Werkstube.

(Sitzungsberichte der med. Gesellsch. zu Charkow 1875. Beilage No. 1. p. 11.)

Bei drei Arbeitern waren an den Lippen primäre Affectionen, an den Genitalien nur secundäre, beim 4. am Penis Symptome älterer Ansteckung. Die Infection wurde durch einen gemeinschaftlich benutzten Knäuel von Zwirn (Kürschner) vermittelt, dessen Faden durch den Mund gezogen und dann abgebissen wurde. Dadurch wurden die Lippen erodirt und inficirbar. **W. Grube** (Charkow).

Maschka. Ein Fall von angeblicher Lyssa.

(Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 25.)

Eine 52jährige Tagelöhnerin war 9 Monate vor ihrem Eintritt in die Krankenanstalt von einem Hunde in die Oberlippe gebissen. Drei Tage vor der Aufnahme Schlingbeschwerden und Krämpfe bei Deglutitionsversuchen. Diese Reflexkrämpfe wurden immer heftiger, erfolgten schon, wenn nur einige Tropfen Flüssigkeit in den Mund gelangten. Salivation, Inspirationsbeschwerden, Pulsfrequenz von 140. Es wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Lyssa gestellt. Nach dem Tode ergab die Obduction an der Basis des Gehirns unmittelbar vor dem Chiasma nerv. optic. auf der Lamina perforata ant. eine birnförmige fluctuirende Cysticercus-Blase von Haselnussgrösse, die etwas in die rechte Sylvische Grube reichte. Die Hirnsubstanz in der Nachbarschaft geröthet und erweicht. **v. Mosengeil** (Bonn).

Deininger (Dinkelsbühl). Ueber die Nachtheile der Jodbehandlung des Kropfes.

(Bair. Aerztl. Intell.-Blatt 1875. No. 26. p. 261.)

Verf. vertheidigt die Existenz einer »Kropfresorptionskrankheit«, indem er annimmt, dass gewisse im Gefolge der Jodbehandlung von Strumen beobachtete Krankheitserscheinungen, welche sonst für Symptome der Jod-Intoxication gehalten werden, von einer Vergiftung durch die in die Blutmasse aufgenommene Kropfsubstanz (!) abzuleiten seien. Zum Beweise theilt D. einige Fälle aus seiner Praxis mit, in denen jene Erscheinungen bei der von ihm ausschliesslich angewandten Behandlungsmethode mittelst innerlicher (!) Darreichung von Jod-Jodkalilösung eingetreten sind. Die Symptome bestanden vorzugsweise in einer tiefen Störung der Blutbildung und Ernährung (rasche Abmagerung und Blässe der Haut und Schleimhäute), sowie in eigenartigen Störungen des Nervensystemes (Erethismus, Kopfschmerz, Heisshunger, Herzklopfen, Steigerung der Pulsfrequenz u. s. f.).

P. Bruns (Tübingen).

E. Oertmann. Ueber die Behandlung der Thränensackerkrankungen.

Inaug.-Diss. Bonn. 1875.

Verf. führt alle Erkrankungen des Thränensackes auf ein einziges ätiologisches Moment, Stenose des Thränencanals zurück. Diese selbst ist durch Schwellung der Schleimhaut oder narbige Contractur nach ulcerösen Processen bedingt. Die Therapie besteht demnach in Sondiren, bei eventueller Blennorrhoe mit directer Application von Topicis auf die Schleimhaut, bei Obliteration des Canals ohne Erweiterung des Sackes in Verödung mittelst Cauterisation, bei Hydrops in totaler Exstirpation der Schleimhaut. Letzterer, von Berlin empfohlenen Methode wird das Wort geredet und 4 Fälle beschrieben, in welchen das Verfahren in der Bonner Klinik angewandt wurde. **v. Mosengeil** (Bonn).

Hervieux. Plaie pénétrante de poitrine. Guérison.

(Bulletin de l'académie de méd. 1875. No. 30.)

Bei einem Selbstmordversuch hatte sich ein junger Mann ein Messer in der Gegend des Herzens, und zwar im 4. Intercostalraum 8 Ctm. links vom Sternum, unmittelbar über der Stelle des Spitzenstosses, in horizontaler Richtung 9 Ctm. tief langsam eingestossen, dann die Spitze nach aussen gewendet, in der Absicht das Herz möglichst sicher zu treffen, und das Messer in schräger Richtung wieder herausgezogen. Eine sehr heftige arterielle Blutung — nach der Schätzung des Verf.'s 3 Pfd. — wurde von dem alsbald herbeigerufenen Arzt durch die Vereinigung der Brustwunde mittelst der umschlungenen Naht gestillt. Darnach Thrombusbildung und Emphysem nach aussen und unten von der Wunde, welches die Grösse von 2 Mannsfäusten erreichte, dann jedoch nicht weiter wuchs. Tiefe Erschöpfung, kleiner unregelmässiger Puls von 84 Schlägen, frequente und oberflächliche Respiration; sonst weder Hustenreiz, noch blutiger Auswurf, noch andere bedrohliche Krankheitserscheinungen. Bei einer exspectativen Behandlung verliefen die ersten

beiden Tage nach der Verletzung, abgesehen von Schmerz in der Wunde, Dyspnoe und mässigem Fieber, zufriedenstellend. Am dritten Tage ergiebt die Auscultation und Percussion der afficirten Brustseite nichts Abnormes mehr. Am 4. Tage Entfernung der Nähte; Wunde per primam geheilt. Seitdem fortschreitende Reconvalescenz ohne weiteren Unfall und völlige Genesung nach Verlauf von 18 Tagen.

In den epikritischen Bemerkungen hebt Verf. als bemerkenswerth hervor, dass trotz der anatomisch günstigen Bedingungen eine Läsion des Herzens oder des Herzbeutels aller Wahrscheinlichkeit nach nicht erfolgt sei, und dass auf der andern Seite die als sicher anzunehmende Lungenwunde sich weder durch Hustenreiz, noch durch Blutauswurf, noch durch Zeichen von Pneumonie oder Pneumothorax manifestirt habe. Für das letztere Verhalten wird an eine Reihe ähnlicher Fälle in der Litteratur erinnert. **Arn. Hiller** (Berlin).

W. D. Stewart. Compound dislocation of elbow and compound fracture of both bones of fore arm. Fracture of olecranon.

(The Indian med. Gas. 1875. Vol. X. No. 4. p. 99.)

Ein 10jähriger Knabe hatte durch Fall von einem Baume eine complicirte Luxation des Vorderarms nach hinten, ausserdem eine complicirte Fractur beider Vorderarmknochen erlitten. Das durch eine Querwunde der Haut der Ellenbeuge hervorgetretene untere Ende des Humerus wurde behufs Reposition der Theile entfernt, ebenso das abgesprengte Olecranon. Unter Carbolölverband Heilung innerhalb 2 Monaten. **A. Burger** (London).

Risel. Heilung eines Echinococcus der Leber durch Incision. (Aus dem Stadtkrankenhause zu Halle a/S.)

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 28.)

Es wurde durch ein modificirtes Simon'sches Verfahren eine Echinococcenblase der Leber eröffnet und bei aseptischer Behandlung Heilung erzielt. Vor der Incision wurden etwa 40 Carlsbader Nadeln in die Geschwulst gestochen, später in letztere mit Hülfe des Simon'schen Troiquarts eine Dittel'sche Gummiligatur gelegt, um Verwachsung der aneinander liegenden Bauchfellflächen und Verödung des zwischenliegenden Lebergewebes zu erzielen. Der Gummifaden war freilich zu dünn, um Durchschneiden zu veranlassen und musste durch das Messer in seiner Wirkung unterstützt werden. **v. Mosengeil** (Bonn).

Laboulbène. Sur la succussion hippocratique perçue dans une tumeur abdominale.

(Bulletin de l'académie de médecine 1875. No. 31.)

An einem kindskopfgrossen, scharf abgegrenzten und fluctuirenden Tumor im linken Hypogastrium einer 50jährigen, sonst gesunden Frau konnte Verf. nach Verlauf von 14 Tagen, während welcher Zeit derselbe wuchs und durch die Bauchdecken zu abscediren sich anschickte, an Stelle der absoluten Dämpfung hellen Percussionsschall und bei der Bewegung zwischen zwei Händen ein deutlich plätscherndes Geräusch wahrnehmen, ähnlich wie in einer halb oder drei Viertel mit Wasser gefüllten Flasche. Zwei Tage später zeigte die Geschwulst sehr lautes Plätschern und ausgesprochenes metallisches Klingen. Bei dem wenige Tage nachher erfolgenden Aufbruch entleerte der Tumor beträchtliche Mengen grünlichen Eiters und Gase von sehr fötidem Geruch. Die mikroskopische Untersuchung der Flüssigkeit constatirte an Formelementen »ausschliesslich Eiterkörperchen«.

Ein Zusammenhang der Geschwulst mit dem Ovarium liess sich nicht nachweisen; ebensowenig eine Communication derselben mit der atmosphärischen Luft. Die Geschlechtstheile waren, bis auf eine vorübergehende, durch die Geschwulst bedingte Deviation des Uterus nach rechts, intact. Uebrigens erfolgte unter einem desinficirenden Verbande, welcher später durch Jodinjectionen in die Abscesshöhle ersetzt wurde, binnen 2 Monaten vollständige Heilung. **Arn. Hiller** (Berlin).

H. Marsh. Extroversion der Blase. Operation. Tod.

(Barthol. Hospital Reports 1875.)

3jähriger wohlgenährter Knabe mit Spaltung des Abdomen, der Symphyse und des Dorsum Penis. Ein 2 □″ grosser Lappen mit transversaler Basis wird mit der Epidermiseite nach einwärts über den oberen Theil des Spaltes gelegt. Zwei andere Lappen von der Inguinalgegend entnommen, werden mit ihrer Wundseite auf diejenige des ersten gelegt, dabei eine Oeffnung für den Abfluss des Urins gelassen. In den ersten 2 Tagen schien Alles günstig zu verlaufen. Am 3. Tage wurden die Ränder der Lappen brandig und die Suturen schnitten verschwärend ein. Das Kind fing an blass und übel auszusehen, verlor den Appetit und konnte ohne Opium nicht schlafen. Die Lappen gingen bis auf kleine Stümpfe verloren. Die Schwäche nahm zu und der Tod erfolgte in der 7. Woche durch Erschöpfung.

Verf. warnt vor dieser Operation bei zu jungen Kindern. Zwei Fälle von Holmes, ebenfalls mit tödtlichem Ausgange und einer von John Wood, bei Kindern von 2 und weniger als 2 Jahren, werden angeführt. Nach Holmes soll die Operation nicht vor dem 4. Jahre gemacht werden. **Wernher** (Giessen).

H. Walton. Traumatisches Blasenleiden, Steinbildung, Operation, Heilung.

(The Lancet 1875. Vol. I. p. 675.)

Der jetzt 72 Jahr alte Pat. bemerkte nach einem Fall von einem Balcon vor 31 Jahren 5 Tage hindurch Blut in den Urinentleerungen, diesem folgte Urinträufeln bei voller Blase und das Unvermögen längere Zeit Urin zu halten. Diesem begegnete Pat. durch 3—4maligen täglichen Catheterismus. Während die ersten 5 Jahre der Urin klar, ungetrübt blieb, fing er später an sich zu trüben, auch wurde die Entleerung öfter nothwendig; jetzt muss der Urin stündlich entleert werden und es besteht grosse Reizbarkeit der Blase und Schmerzhaftigkeit in der Harnröhre; die Untersuchung ergiebt die Anwesenheit eines Steines und Vergrösserung der Prostata. Nach Entfernung des aus Phosphaten bestehenden Steines erfolgte schnelle Heilung und Herstellung der normalen Blasenthätigkeit.

Pilz (Stettin).

Rabitsch. Prof. Bollini's neuer thermo-galvanischer Inciso-Cauterisator bei der Behandlung der Prostatahypertrophieen.

(Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 31.)

Ein Prostatotom nach Mercier wird mit einer Platinklinge statt mit einer stählernen armirt. Die männliche Branche besteht aus zwei durch eine Elfenbeinplatte isolirten, kupfernen Seitenlamellen. An das Vesicalende des Kupferblattes ist je ein Ende des Incisors aus Platina gelöthet. Eine Scala am Griffe bezeichnet die Länge des Weges, welchen der Incisor zurückgelegt .Die Glühschlinge ist von der weiblichen Branche electrisch isolirt. — Die Blutung nach Gebrauch des Instruments ist kaum nennenswerth, Verheilung der Wundränder wird durch den Glühschorf gehindert. — Der Cauterisator besteht in einem mit Platindrath umwickelten Porzellanstücke, angebracht am durchbrochenen Winkel eines Katheters. Die verkohlte Prostatapartie soll als Detritus mittelst des Harnstroms ausgespült werden. Bis jetzt liegen nur Versuche an der Leiche vor. Klinische Veröffentlichungen sind in Aussicht gestellt. **v. Mosengeil** (Bonn).

Berichtigung:

S. 631 Z. 4 v. u. lies schwächer statt schärfer.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 42. Sonnabend, den 16. October. 1875.

Zum Mechanismus der Tripperinfection.

Von

Dr. **Martin Vogel,**

prakt. Arzt in Eisleben.

Die Frage »wie gelangt das Trippersecret in die Harnröhre des Mannes?« ist eine vielfach ventilirte und es knüpfen sich daran mannigfache Hypothesen. Einzelne Autoren gestehen allerdings offen zu, dass es keine ausreichende Erklärung dafür gebe. Denn Flüssigkeiten vermögen nur von Innen kommend die Harnröhre, welche als ganz feiner geschlossener Spalt sichtbar ist, in eine Oeffnung zu verwandeln. Von Aussen kommend würden sie in einem sehr starken Strahle auf die Harnröhrenmündung einwirken müssen, um deren Lippen auseinander zu drängen. Da es sich aber bei dem Trippercontagium nur um eine geringe Menge noch dazu zäher und sehr wenig bewegter Flüssigkeit handelt, so ist das Eindringen derselben mit Recht räthselhaft, wenngleich wir uns denken können, dass nur ein sehr geringes Quantum nöthig ist, um

eine Harnröhre zu inficiren. Wenn das Trippersecret auf die Conjunctiva verpflanzt wird, so ist uns der Mechanismus viel leichter verständlich. Ein relativ fester Gegenstand, z. B. der Finger, an dem etwas Secret haftete, strich über das Auge, um es auszuwischen; dadurch wurde der innere Lidrand etwas herausgekehrt, und kam mit dem inficirenden Finger in Berührung; das Gift war nach Art einer Salbe eingestrichen.

Dass das Trippersecret wirklich während des verdächtigen Coitus in die Harnröhre eingebracht wurde, und nicht etwa später dadurch, dass vielleicht an der Eichel und dem Praeputium Infectionsstoffe hängen geblieben waren, und von da aus nach der Harnröhre sich einschlichen, dafür giebt es mancherlei Gründe. Es würden zunächst alle Individuen, die der Vorhaut beraubt sind, eine gewisse Immunität gegen die Infection besitzen. Denn wenn schon die Schleimhaut der Eichel auch bei unbeschnittenen Individuen sehr wenig Tendenz für die Infection durch Trippercontagium hat, um wie viel weniger wird die Schleimhaut einer entblössten Eichel, welche schon mehr dem Charakter der Oberhaut sich nähert, das Gift beherbergen. Es würde sich dasselbe leicht an den Kleidungsstücken abreiben, und höchstens an der Corona glandis haften, wo es aber wieder zu weit entfernt von der Urethralmündung wäre. Diese Immunität besteht jedoch durchaus nicht, wie z. B. die Praxis bei den israelitischen Patienten lehrt. — Ferner ist es eine Erfahrung, welche Specialisten mit reichlichem Material nicht selten machten, dass Leute, welche gleich nach dem verdächtigen Coitus urinirten, resp. bei denen es zum baldigen Samenerguss kam, vom Tripper frei blieben, während andere, die bei demselben Individuum den Coitus nicht vollständig ausführten, oder spät urinirten, davon befallen wurden. Zur Erklärung dieser Thatsache bleibt nichts anderes übrig, als dass das Gift schon während des Coitus in die Harnröhre gedrungen war und durch die Flüssigkeiten wieder hinweggeschwemmt wurde. Bei einem länger dauernden, oder wiederholten Coitus hat sich dagegen das Gift zu schnell imbibirt, und kann nicht mehr ganz durch vorbeipassirende Flüssigkeiten hinwegschwemmt werden.

Zeissl hat in seinem Lehrbuche der Syphilis nun folgende Theorie aufgestellt, um das Eindringen des Trippersecrets in die Urethra zu erklären. Die Urethralmündung des Mannes sei allerdings fest geschlossen, aber beim Eindringen des turgescirenden membrum virile in die Vagina werde die Harnröhrenmündung auf mechanische Weise etwas geöffnet, indem die beiden Lefzen derselben etwas auseinandertreten. Es entstehe dadurch ein luftleerer Raum zwischen denselben, der vermöge des physikalischen Gesetzes von einem Tröpfchen der etwa in der Vagina befindlichen Flüssigkeit erfüllt werde, und dieser werde dann um so sicherer dort zurückgehalten, als die Zurückziehung des Penis das Ostium cutaneum urethrae jedesmal wieder schliesse. Dadurch sollen bei dem wiederholten Vorwärts- und

Rückwärtsbewegen des Penis nach und nach mehrere Tröpfchen in der Urethra angesammelt werden, und es sucht Zeissl den Beweis seiner Theorie in den oben angeführten Thatsachen, dass das Gift durch Sperma oder Urin wieder hinweggeschwemmt werden könne.

Dieser Theorie widerspricht Fr. Wilh. Müller in seiner Pathologie und Therapie des Harnröhrentrippers. Nach Müller und Anderen kommt die Infection so zu Stande, dass eine Berührung der Harnröhrenlippen bei fest geschlossener Harnröhre mit dem anomalen Secret erfolgt, und dass selbst bei einem flüchtigen Coitus der vollständige und unmittelbare Contact der Harnröhrenmündung mit der erkrankten Scheidenschleimhaut vollkommen genügend sei. Von der äusseren Mündung der Urethra aus breite sich dann die Entzündung gleichmässig längs der fossa navicularis auf die weiteren Theile des Canals aus. Müller citirt für dieselbe Ansicht unter Andern auch Ritter und Dzondi.

Diese leichte Entzündlichkeit der Harnröhrenlippen ist schwer zu begreifen. Denn dieselben haben das gleiche Epithel auf ihrer Oberfläche, und doch wohl dieselben Eigenschaften, wie der Ueberzug der ganzen Eichel, welche für die Infection mit Trippersecret sehr erschwerende Verhältnisse darbietet. Im Gegentheil müssen wir annehmen, dass, wenn im weiteren Verlauf des Trippers die äusseren Harnröhrenlippen geröthet und geschwollen erscheinen, dies als eine von Innen, nicht von Aussen, kommende Entzündung aufzufassen ist, bei der wir die primäre Entzündung in der Urethra finden.

Von dem Einwande Ritters, dass eine Flüssigkeit gar nicht in der Urethra zurückbleiben könne, da sie durch den natürlichen Collaps derselben wieder herausgepresst werde, müssen wir ganz Abstand nehmen, da bei bestehendem Tripper ein massenhaftes Secret zwischen den collabirten Harnröhrenwänden Platz hat.

Was nun die von Zeissl aufgestellte Theorie anlangt, so können wir uns ebenfalls nicht ganz dadurch befriedigt fühlen. Wenn wir auch zugestehen müssen, dass jedenfalls die vorher geschlossene Harnröhre intra coitum sich zeitweise öffnet, so will uns die Lehre von der Bildung eines luftleeren Raumes nicht einleuchten, durch den die Infection zu Stande kommen soll. Es setzt diese Theorie immer das Vorhandensein eines sehr reichlichen Secrets voraus, und doch wissen wir, dass Infectionen möglich sind bei Individuen, bei denen eine Untersuchung kaum ein Secret constatiren konnte.

Wie sollen wir uns nun aber das Eindringen des Giftes in die Harnröhre erklären?

Betrachten wir die Harnröhrenmündung, so ist sie allerdings ein fest geschlossener Spalt. Dieser Spalt lässt sich aber sehr leicht öffnen, wenn wir in seiner unmittelbaren Nähe mit den Fingern vertikal zu seiner Längsrichtung etwas nach hinten einen seitlichen Druck oder Zug ausüben. Ja noch mehr, es bildet sich ein deutliches Ectropium der innern Harnröhrenschleimhaut, so dass zwei erhabene oval gestaltete bläulich rothe Wülste entstehen. Diese Schleim-

hautwülste sind um so beträchtlicher, je weiter die Harnröhre überhaupt ist. Zwischen ihnen ist der weitere Verlauf der Harnröhre durch eine Vertiefung angedeutet. Man kann nun sogar auf die schon ausgestülpten Theile nochmals die Finger aufsetzen und durch weiteres Auseinanderziehen noch tiefer liegende Theile der Urethra herausstülpen.

Setzt man die Finger in longitudinaler Richtung des Harnröhrenspaltes auf, so wird dieselbe beim Zug oder Druck noch intensiver, als im gewöhnlichen Zustande geschlossen. Uebt man nun aber gleichzeitig mit zwei Fingern den longitudinalen und mit zwei anderen Fingern den transversalen Zug aus, so stülpt sich eine noch beträchtlichere Partie der Urethralschleimhaut aus, als wenn der transversale Zug allein angewendet wurde. Dies beruht darauf, dass die Harnröhrenmündung zwei Commissuren an ihren beiden Endpunkten besitzt; werden diese durch den longitudinalen Zug abgezogen, so kann die herausgestülpte Schleimhaut freier heraustreten. — In dieser Weise kann nun eine Schleimhautfläche, je nach der Weite der Harnröhre — von einem halben bis zu drei Vierteln eines Quadratcentimeters hervorgestülpt werden. Ich habe dieses Experiment an vielen Individuen, nicht blos Tripperkranken, sondern so oft sich nur bei Patienten Gelegenheit zur Untersuchung der Genitalien bot, geübt. Namentlich habe ich bei den militärischen monatlichen Untersuchungen der Mannschaften auf diese theilweise Untersuchung der Urethra während meiner Dienstzeit besondere Rücksicht genommen.

Wir müssen gestehen, dass wenn intra coitum durch den Zug, den die Eichel beim Vordringen in die Vagina erfährt, eine gleiche Hervorstülpung der Urethralschleimhaut stattfindet, eine hinlängliche Erklärung dafür gegeben ist, wie das Trippersecret in die Harnröhre kommt. Denn wenn eine so beträchtliche Schleimhautfläche der Urethra von einer halben bis zu drei Vierteln eines Quadratcentimeters mit der erkrankten Schleimhaut der Vagina in direkte Berührung käme, so können Entzündungsprodukte sehr leicht von der einen Schleimhaut auf die andere übertragen werden, und bei der grossen Reizbarkeit der Urethra Boden fassen. Vergegenwärtigen wir uns aber, dass beim Eindringen des Penis in die Vagina die Schleimhaut der letzteren die Eichel genau umschliesst — auch an der Spitze der Eichel — so muss beim Vordringen eine von allen Seiten gleichmässig erfolgende Zerrung der Eicheloberfläche durch die Vaginalwände vom Centrum nach der Peripherie und nach hinten zu stattfinden. Da nun im Centrum durch die Urethralöffnung der Ort gegeben ist, wo die gezerrten Weichtheile der Eichel am ehesten nachgeben können, so wird sich die Urethra öffnen und hervorstülpen, gerade wie bei der Oeffnung durch die Finger. Nur wird, da der Zug der Vaginalwände viel gleichmässiger von allen Seiten vertheilt ist, die Hervorstülpung auch eine vollkommenere sein. Man könnte mir nun einwenden, dass bei der Immissio penis die Turgescenz der Eichel eine so bedeutende wäre, dass die Weichtheile der Eichel nicht

von der Urethra her nachgeben, und das Ectropium deshalb nicht zu Stande kommen könnte. Die Eichel ist aber gegen Druck ein nachgiebiges Organ, wie wir bei der Reposition der Paraphimose z. B. sehen; die Vaginalwände machen also durch Druck ebenfalls die Eichel weniger strotzend und dadurch nachgiebiger; auch ist es überhaupt nicht denkbar, dass die Eichel bei stärkster Füllung starr und unnachgiebig werden könnte, wie die Corpora cavernosa penis, sie wird stets eine mehr weiche elastische Masse darstellen. Sie wird sich aber beim Eindringen in die Vagina um so leichter verkleinern, da sie von vorn dem elastischen Druck der Vaginalwände, und von hinten dem der temporär unnachgiebigen corpp. cavern. penis ausgesetzt ist.

Man könnte mir einwenden, dass die Urethra in ihrer Länge bei der Erection ad maximum gespannt und ausgedehnt wäre, und dass deshalb eine weitere Dehnung durch Ausstülpung wenigstens im erigirten Zustande nicht möglich wäre. Ganz abgesehen davon, dass die Urethralschleimhaut wohl auch bei stärkster Spannung des Gliedes als ein ursprünglich faltenreiches Organ der weiteren Ausdehnung fähig sein wird, so muss man doch auch in Rechnung ziehen, dass durch den oben erwähnten Druck der Vaginalwände und der corpp. cavernosa die Eichel von vorn nach hinten comprimirt wird, und dass durch diese Verkürzung schon wieder ein Stück für die Dehnbarkeit der Urethra gewonnen wird.

Der Mechanismus der Tripperinfection würde also auf folgende Weise zu erklären sein. Beim Eindringen des Penis in die Vagina wird die Urethra durch den zum Theil seitlichen Zug der Vaginalwände geöffnet, und ein Ectropium der Schleimhaut der Harnröhrenmündung gebildet. Dieses Ectropium kommt durch seine Lage und und durch den Zug, den das Frenulum praeputii auf die Harnröhrenmündung ausübt, mit der hintern Vaginalwand in directe Berührung, und gleitet auf letzterer aufwärts. (Da das Ectropium nunmehr die Spitze der Eichel bildet, kann es selbst wieder einem Zuge von Seiten der Vaginalwände ausgesetzt sein.) Beim Zurückziehen des Penis geht die ausgestülpte Urethralschleimhaut in ihre ursprüngliche Lage zurück, und die Harnröhrenmündung schliesst sich, um bei erneutem Vordringen wieder ausgestülpt zu werden. Auf diesem Wege sind nun mannigfache Momente vorhanden, die das Zustandekommen einer Infection begünstigen können. Dahin gehört zunächst ein lange ausgedehnter Coitus. Wir können uns leicht vorstellen, wie durch das häufigere Aufwärtsgleiten die schädlichen Stoffe in die Schleimhaut der Harnröhre intensiver eingerieben werden, und wie dieselbe dabei sogar ihr Epithel theilweise verlieren kann. — Ein Hypospadiacus wird sich leichter inficiren, da das Ectropium bei ihm in seiner ganzen Ausdehnung mit der hinteren Vaginalwand, welche hauptsächlich die Trägerin der Secrete ist, in Berührung kommt. Ein Mensch mit weiter Harnröhre bietet mehr Schleimhautfläche der Urethra dar; ein Mensch mit grossen Genitalien setzt sich einem

stärkeren Zuge der Vaginalwände aus, wodurch das Ectropium der Harnröhre viel bedeutender wird. Dasselbe findet natürlich auch bei enger Vagina statt. Das Gleiche ist der Fall bei einem Individuum, das mit einer Phimose behaftet ist, da die Vaginalwände an dem Präputium einen bessern Halt als an der glatten Eichelfläche finden, die Zerrung dadurch vermehrt wird, und das Praeputium nun die Ausstülpung der Harnröhre vermittelt, u. s. w.

Es erklärt sich auch hinlänglich, warum durch die passirenden Flüssigkeiten die inficirten Theile wieder abgewaschen werden können, so dass die Ansteckung verhütet wird; ebenso erklärt es sich, warum bei einem unvollkommenen Coitus, wo kein Samenerguss stattfand, leichter eine Infection Platz greifen kann.

Ebenso wie das Trippersecret in die Harnröhre durch Ectropiumbildung gelangt, ebenso müssen wir es uns vorstellen, dass Secrete von Geschwüren dort hineingelangen können, und zu neuen Geschwüren Veranlassung geben. Nur ist dieses Vorkommniss verhältnissmässig selten, da die Geschwüre beim Weibe meistentheils den Introitus der Vagina einnehmen; wo also der eindrängende Penis noch keine solche Zerrung durch die Vaginalwände erlitten hat, dass das Ectropium hervorträte. Jedoch ist auch von hier aus unter Umständen eine Infection denkbar, wenn man die grosse Nachgiebigkeit der Harnröhrenlippen kennt, und sich vorstellt, dass der Penis durch Zufall gegen die Geschwürsgegend angedrängt wurde, wodurch ein theilweises Ectropium, vielleicht nur der einen Harnröhrenlippe, veranlasst werden kann.

Therapeutisch liesse sich wohl noch einiges über die Abortivbehandlung des Trippers anknüpfen. Es ist nämlich nach dem Gesagten wohl nicht unmöglich, dass kurze Zeit nach dem Coitus eine Infection beseitigt werden könnte, wenn man künstlich mit den Fingern das Ectropium der Harnröhrenschleimhaut bildete, und dasselbe mittelst eines Pinsels reinigte, der in ein Chamilleninfus, eine schwache Chlorkalisolution, verdünntes Chlorwasser, oder dergleichen desinficirende Lösungen getaucht wäre. Man würde natürlich starke Mittel vermeiden müssen, da durch dieselben die Urethra noch mehr gereizt werden könnte. Es versteht sich von selbst, dass nur kurze Zeit nach der Infection eine solche Reinigung Aussicht auf Erfolg bieten kann, da nur so lange die inficirenden Stoffe noch einigermassen lose der Schleimhaut aufsitzen, eine Entfernung möglich sein dürfte. Immerhin wäre es rathsam, versuchsweise in den ersten Stadien des Trippers solche Auspinselungen noch vornehmen zu lassen, so lange überhaupt von einer abortiven Behandlung die Rede ist. Denn dass bei Injectionen von Medicamenten zu diesem Zweck mit der Spritze gerade die am meisten befallenen Theile durch den Spritzenschnabel von den Medicamenten abgesperrt werden, liegt auf der Hand. — Mir sind in meiner Praxis nur zwei Fälle vorgekommen, wo ich Gelegenheit hatte, kurze Zeit nach dem verdächtigen

Coitus solche Auspinselungen vorzunehmen. Eine Infection hat bei beiden Individuen nicht stattgefunden, ob aber die Reinigung mittelst des Pinsels die Veranlassung zu diesem günstigen Umstande war, kann ich um so weniger behaupten, als ich keine Gelegenheit hatte, mich mit eigenen Augen davon zu überzeugen, dass die betr. weiblichen Individuen mit Gonorrhoe behaftet waren, und mich hierin auf die Aussagen der Pat. verlassen musste. Von einer jener Personen wurde übrigens noch constatirt, dass die Menses zur Zeit des Coitus noch nicht abgelaufen waren.

A. Thilo. Ueber die Häufigkeit scrophulöser Erkrankungen bei phthisischer Familienanlage.

(Inaug.-Diss. Kiel. 1875.)

Esmarch hat in den letzten Jahren bei den vielen in der Kieler Klinik vorkommenden scrophulösen Erkrankungen durch die Anamnese zu erfahren gesucht, ob die Eltern der Kranken oder andere Familienmitglieder an ähnlichen Erkrankungen leiden oder gelitten haben. Die Resultate hat Th. in seiner Dissertation nach einer allgemeinen Einleitung in einer Statistik veröffentlicht. Auf der stationären Klinik wurden vom 1. Jan. 1873—31. Dec. 1874 behandelt 74 scrophulöse Krankheiten. In Betreff der Gesundheitsverhältnisse der Familie wurde angegeben: Phthisis der Eltern oder Grosseltern 29mal, Phthisis der Geschwister oder naher Blutsverwandten 4mal, nur Scrophulose der Eltern 3mal, nur Scrophulose der Geschwister 5mal, gesunde Familienverhältnisse, insbesondere keine Phthisis 18mal, Nichts 16mal. In der ambulanten Klinik kamen in derselben Zeit 130 scrophulöse Erkrankungen zur Beobachtung. Die Anamnese ergab: Phthisis der Eltern oder Grosseltern 21mal, Phthisis der Geschwister oder naher Blutverwandten 3mal, nur Scrophulose der Eltern 3mal, nur Scrophulose der Geschwister 1mal, Lues des Vaters 1mal, gesunde Familienverhältnisse, insbesondere keine Phthisis 10mal, Nichts 91mal. Lässt man diejenigen Fälle, in denen Nichts zu ermitteln war, ausser Betracht, dann ergiebt sich, dass in mehr als der Hälfte aller Fälle Phthisis der Eltern oder Grosseltern vorhanden war. Verf zieht den Schluss, dass »hier die Anerbung der Scrophulose der Kinder auf Phthisis der Eltern zurückzuführen ist.«

Ferner giebt Th. eine Zusammenstellung der vom 1. Juli 1872 —31. Dec. 1874 auf Esmarch's Klinik beobachteten lupösen Erkrankungen. Aus derselben geht hervor, dass »einmal der Lupus bis in das höchste Alter hinein vorkommt und hier vorwiegend im übrigen gesunde Personen befällt, zweitens aber, dass bei jüngeren Individuen (unter 35 Jahren) der Lupus in weit über der Hälfte aller Fälle mit Scrophulose combinirt ist.« Phthisis der Eltern lag in 34,6 % aller Fälle und in 48,5 % aller derer vor, wo die Erkrankten das 35. Lebensjahr noch nicht überschritten hatten, ferner in 32,1 % aller der-

jenigen Fälle, wo die an Lupus Erkrankten zugleich scrophulös gewesen waren. An der Hand von 4 Krankengeschichten zeigt Th. alsdann, dass der Lupus direct von einer scrophulösen Erkrankung ausgehen kann, und kommt zuletzt zu dem Schluss, dass der Lupus vorwiegend eine scrophulöse Erkrankung sei, ohne damit sagen zu wollen, dass jeder Lupus scrophulös sei. **Petersen** (Kiel).

W. Macrae. Notes on the distinction of the sensations of touch, pain, and heat in the sentient nerves of lepers.

(Med. tim. and. gaz. 1875. Juli 31. p. 118.)

M. wurde im Aussatzspital zu Madras zu Untersuchungen über die Anästhesie nach ihren verschiedenen Richtungen hin angeregt, als er die allgemeinen Sensibilitätsprüfungen bei wiederholten Untersuchungen sehr widersprechende Resultate geben sah.

Die Ausdehnung des Verlustes der Tast- und Schmerzempfindung war sehr oft verschieden, und zwar war meistens die Schmerzempfindung in grösserer Ausdehnung verloren; doch constatirte er das umgekehrte Verhalten in 2 Fällen. Die Defecte waren meist symmetrisch und traten auf den Extensorenseiten früher auf, als auf der Flexorenseite; sie begannen meist an den distalen Enden der Extremitäten. Isolirte Stellen mit Verlust der Sensibilität entsprachen nicht immer erkrankten Hautpartieen. Im allgemeinen entsprach die Ausdehnung der fehlenden Schmerzempfindung auch einem Verluste des Wärmesinnes. Eine Ausnahme bildete ein 21jähriger Pat., der Wärmeempfindung trotz des Verlustes der Schmerzempfindung in den Fingern behalten hatte. In keinem Falle konnte Muskelanästhesie constatirt werden. **Ranke** (Halle).

Eckhard. Uebersicht des jetzigen Standes unserer Kenntnisse über die Centren der Gefässnerven.

(Pester med. chir. Presse 1875. No. 4, 5, 6, 9.)

Nachdem Bernard 1853 den Halssympathicus mit bekanntem Effect durchschnitten, sahen Budge, Brown-Séquard und Schiff auch nach Rückenmarksdurchschneidungen Gefässdilatation und Temperaturerhöhung gewisser Körpertheile. Man schloss hieraus unrichtig auf den Ursprung der Gefässnerven im Rückenmark. Wharton und Bernard constatirten hierauf: keine Gefässdilatation nach Durchschneidung der Ischiadicuswurzeln im Wirbelcanal; wohl aber, wenn unterhalb der Vereinigung mit dem Sympathicus durchschnitten wurde. Hieran knüpfte sich wieder der Trugschluss, dass im Sympathicus das Gefässnervencentrum liege. — Gegen Wharton wandte sich Lister, gegen Bernard Ludwig und Schiff mit

der (bis heute nicht widerlegten) Behauptung, dass die die Gefässlumina regulirenden Einflüsse auf die ganze Länge des Rückenmarks vertheilt seien. Später erzeugte Budge Gefässverengerung (Ohr) durch Reizung der Grosshirnschenkel und Andere durch Reizung der Vierhügel, des Cerebellum, des Grosshirns. Man darf hieraus nur schliessen, dass von den genannten Stellen aus die fraglichen Gefässnervencentra gereizt werden können. Der Begriff eines Nervencentrums verlangt den Nachweis, dass bei Erhaltung gewisser Theile des Centralorgans die peripheren Gefässlumina spontan oder reflectorisch noch Veränderungen zeigen, welche nach Zerstörung jener dauernd in Wegfall kommen. Die Veränderung der Gefässlumina erkennt man 1) aus dem veränderten Blutdruck, 2) aus Temperaturveränderungen der betroffenen Theile, 3) an dem direct beobachteten Gefässcaliber. — Verf. kam unter Zuhülfenahme der Methode 3) zu demselben Resultat, wie Ludwig bei Anwendung der Methode 1) — nämlich, dass das Centrum sämmtlicher (?) Gefässnerven im unteren Theile des Bodens des vierten Ventrikels zu suchen und bei Kaninchen ungefähr $^1/_2$ Zoll lang ist. Da jedoch die Beobachtungen des Verf. sich nur auf die Ohrarterien beziehen und die Blutdruckmessungen Ludwig's die Möglichkeit nicht ausschliessen, dass vereinzelte Körperprovinzen ihre besonderen Gefässnervencentren haben, so behält Lister (s. oben) bis heute Recht, um so mehr, als neuerdings Goltz nach Durchschneidung des Rückenmark's z. B. die erigirenden Nerven noch reflectorisch erregen konnte (— reflectorisch wirkende Rückenmarkscentren für die Gefässe, analog denen für die Skeletmusculatur?). — Ausserdem nimmt Schiff im Verlauf der Gefässnerven selbst noch besondere gefässverengende Vorrichtungen an, weil er nach Eliminirung des Hauptgefässnervencentrums die Ohrarterien nach einiger Zeit sich trotzdem wieder verengern sah. Wie Verf. glaubt, mit Unrecht. Denn auch nach Durchschneidung des N. hypoglossus bemerkt man nach einigen Tagen flimmernde Bewegungen der Zungenmuskulatur, wahrscheinlich durch Einwirkung der Wundsecrete auf den peripheren Stumpf des durchschnittenen Nerven. — Für die Annahme, dass die Ganglien des N. sympathicus Gefässnervencentren seien, spricht mit einiger Wahrscheinlichkeit nur ein (noch näher zu prüfendes) Experiment von Vulpian (cf. Original). —

Strychnin in das Blut eingeführt, reizt (Sigmund Mayer), Chloralhydrat im Gegentheil lähmt (Heidenhayn) das vasomotorische Centrum. Durch Athemnoth wird dasselbe in hohem Grade erregt (Traube, Gscheidlen u. A.). Bei apnoischen, curarisirten Thieren, deren Vagi und Sympathici durchschnitten sind, steigt der Blutdruck beträchtlich und zeigt dann isochrone Schwankungen (im entgegengesetzten Sinne) mit den Phasen der eingeleiteten künstlichen Respiration: sog. Athembewegungen des Gefässsystems, ausgelöst durch die Thätigkeit des Respirationscentrums (Hering).

Rupprecht (Halle).

M. Sée. Sur l'usage du chloral en chirurgie.

(Journal de thérapeutique 1875. No. 14.)

S. bedient sich im Hospital Sainte-Eugénie seit circa einem Jahr fast ausschliesslich des Chlorals als Verbandmittel und ist mit seinen Erfolgen so zufrieden, dass er das Chloral für bestimmt hält, »alle bisherigen Antiseptica zu ersetzen«. Von den vielen in Behandlung gekommenen Fällen, erwähnt er 2 Amputationen des Oberschenkels, 2 Resectionen des Ellenbogens, 6 Evidements des oberen Theils der Tibia, 2 Resectionen des Sprungbeins, 2 complicirte Unterschenkelfracturen, eine in das Gelenk penetrirende Wunde des Ellenbogens, zahlreiche Quetschwunden mit ausgedehnten Blutergüssen, welche alle unter dem Chloralverband durchaus günstig verliefen. In mehreren Fällen von Erysipel und diffuser Phlegmone genügte ein 2—3tägiger Chloralverband, um diese schweren Complicationen verschwinden zu lassen. — Die Anwendungsweise des Chlorals ist sehr einfach. Fast immer genügt eine 1 % Lösung, mit der die Wunden irrigirt und in der gewöhnlichen Weise verbunden werden. Das Chloral riecht angenehm, ist nicht flüchtig und hat keinerlei irritirende Eigenschaften. Seine Resorption bleibt ohne alle üblen Folgen, so dass es auch bei Affectionen des Mundes und Rachens, sowie der Nasenhöhle angewendet werden kann. In einem Fall wurde es sogar bei einer Perforation des Oesophagus mit nachfolgender Eiterung im hintern Mediastinalraum mit vortrefflichem Erfolg angewendet. Endlich glaubt S. auch auf den billigen Preis des Mittels aufmerksam machen zu müssen, der es zur Anwendung in der Spitalpraxis besonders geeignet macht. — **O. Volkmann** (Kettwig).

Nicaise. Transfusion du sang dans le tissu cellulaire.

(Gaz. méd. 1875. No. 33.)

Bei einer an Uteruscarcinom leidenden fast moribunden Kranken wurde von N. die Transfusion gemacht, als in Folge einer plötzlichen Bewegung die Kanüle aus der Vene glitt, so dass trotz sofortiger Unterbrechung der Operation circa 15 Gramm Blut in das subcutane Zellgewebe drangen. Die hierdurch entstandene mässige Anschwellung war schon am nächsten Tag vollständig verschwunden und der Zustand der auf das äusserste herabgekommenen Kranken nicht unwesentlich gebessert (? Ref.). Tod nach 2 Tagen. Die Autopsie ergab, dass das Extravasat vollständig verschwunden und an seiner Stelle nur das Zellgewebe schwärzlich verfärbt war. Die Einstichsstelle in der Vene war obliterirt, die Venenwandungen etwas verdickt. Oberhalb der Einstichsstelle befand sich in dem etwas verengten Venenlumen ein dünner circa 3 Ctm. langer Thrombus.

Mit Bezug auf diesen Fall lenkt N. die Aufmerksamkeit auf den schon von Karst 1873 angeregten Gedanken, die intravasculäre Transfusion durch die in das subcutane Zellgewebe zu ersetzen.

Karst, später Landenberger, Poncet u. A. fanden bei ihren an Thieren angestellten Versuchen, dass das in das subcutane Zellgewebe injicirte Blut ausserordentlich schnell resorbirt wird. Es treten dabei keinerlei locale oder allgemeine Störungen ein, wenn das Blut von derselben Thierart entnommen ist, defibrinirt wird und eine Temperatur von 37—38°C. hat. Bei Entnahme des Blutes von anderen Thiergattungen erfolgte zwar die Resorption ebenfalls sehr schnell, doch erlagen die Versuchsthiere schon nach kurzer Zeit. —

O. Volkmann (Kettwig).

Schuster. Die Epitheltrübungen der Mundschleimhaut bei Syphilitischen.

(Archiv d. Heilkunde, 16. Jahrg. Hft. 5 u. 6.)

Verf. setzt auseinander, dass die Epitheltrübungen nicht Folge von Mercurialcuren, sondern meist bei Leuten zu finden seien, die das acute Stadium der Syphilis überwunden hätten, die aber die Mundschleimhaut mannigfachen localen, mechanischen Reizen, z. B. durch Tabakrauchen aussetzten. In wie weit ein damit behaftetes Individuum noch fähig ist, andere anzustecken, oder das Gift mit dem Sperma zu übertragen, lässt sich noch nicht mit Sicherheit bestimmen.

Die Therapie ist besonders eine locale, d. h. besteht in Lapisätzungen, verbunden mit einer »Provocationscur«. Nur wo noch andere Symptome hartnäckiger Syphilis bestehen, sei eine specifische Cur einzuleiten.

A. Bidder (Mannheim).

Rondot. Sarcôme du lobule de l'oreille.

(Gaz. méd. 1875. No. 25. p. 319.)

Bei einer 42jährigen Frau war ohne jede nachweisbare Ursache im 20. Lebensjahr eine kleine Anschwellung des rechten Ohrläppchens entstanden, aus der sich im Lauf der Jahre ein 5 Ctm. langer, 3,5 Ctm. breiter, flacher, weicher Tumor ausgebildet hatte. In der letzten Zeit war seine Oberfläche an einigen Stellen, namentlich am hintern Rand, sowie unterhalb des Tragus ulcerirt. Uebrigens hatte die Geschwulst, abgesehen von einigen Schmerzen, die sich besonders zur Zeit der Menstruation bemerklich machten, nie besondere Beschwerden verursacht. Die benachbarten Drüsen waren frei — Exstirpation des Tumors. Das Mikroskop bestätigte die auf Sarcom gestellte Diagnose.

R. macht auf das höchst seltene Vorkommen von Sarcomen am Ohrläppchen aufmerksam. Die an dieser Stelle auftretenden Tumoren sind meist reine Fibrome, die sich bisweilen aus cicatriciellen Keloiden entwickeln. Nach einem 1864 erschienenen Bericht von Saint-Vel sind namentlich die erwachsenen Negerfrauen zur Entstehung dieser

Geschwülste disponirt und zwar in Folge der unter ihnen verbreiteten Sitte, sehr schwere Ohrringe zu tragen. Das Klima soll auf die Ausbildung dieser fast immer recidivirenden Geschwülste ohne Einfluss sein. Nach Campbell, der sie häufig bei den Einwohnern von Nepul fand, treten sie nicht selten gleichzeitig mit Struma auf.

O. Volkmann (Kettwig).

Maunder. A suggestion concerning the operation for ruptured perineum.

(Med. tim. and. gas. 1875. Juli 10. p. 40.)

Die 37jährige Pat. hatte vor 8 Jahren einen Dammriss acquirirt; in Folge des Vorfalls der hinteren Scheidenwand und des Uterus grosse Beschwerden. Um nun bei der vorgenommenen Operation den neugebildeten Damm möglichst resistent zu machen, legte M. 3 Catgutsuturen von der Scheide aus oberflächlich an, im übrigen verfuhr er ganz wie gewöhnlich. Vollständige Heilung. Die Catgutsuturen waren sich überlassen worden.

In zwei Briefen an die Redaction der Med. Tim. (abgedruckt in der Nummer vom 17. Juli 1875. p. 78) giebt 1) G. G. Bantock an, die erwähnten oberflächlichen Scheidenschleimhautsuturen schon vor 5 Jahren gebraucht zu haben; 2) J. Knowsley Thornton, dass Spencer Wells und er selbst seit 2 Jahren dieselben Suturen benutzt hätten, und zwar theils Catgut, theils feine Seide dazu verwendet worden wäre.

In der Med. Tim. vom 24. Juli 1875 p. 106 giebt Robert Barnes an, schon vor 27 Jahren Charles Brooke in gleicher Weise operiren gesehen zu haben; er selbst habe nach diesem Vorgange die gleiche Massregel seitdem befolgt.

Maunder fügt allem diesem hinzu, dass er, unbestritten der Priorität anderer, doch selbstständig auf das Verfahren gekommen sei, und bedauert nur, dass die Methode nicht früher veröffentlicht sei.

Ranke (Halle).

R. Hirsch. Ueber die Unterbindung der vena cruralis.

(Inaug.-Diss. Halle. 1875.)

Braune hat durch eine grosse Zahl von Injectionsversuchen den Nachweis geliefert, dass die vena cruralis der einzige Weg ist, auf dem Blut aus der unteren Extremität in die Bauchhöhle geführt wird. Auch die klinische Erfahrung spricht für Braune; eine von Roux ausgeführte Unterbindung hatte Gangrän des Beins zur Folge.

Verf. berichtet über einen analogen Fall aus der Volkmann'schen Klinik: einem 51jährigen Mann wurde nach vorausgegangener Unterbindung der iliaca ein sehr grosser, im Laufe von 2 Monaten entstandener Tumor der linken Leistengegend excidirt, wobei Vene und Arterie doppelt unterbunden und exstirpirt werden mussten. Der

Kranke starb am 3. Tage, nachdem das linke Bein anfangs kalt und gefühllos, dann blaufleckig und schliesslich bis zur Leiste gangränös geworden war. Dem stehen indessen 2 weitere Fälle aus der Halle'schen Klinik gegenüber (der eine derselben ist bereits in Volkmann's Beiträgen zur Chirurgie p. 249 beschrieben), in denen nach Exstirpation grosser, aber langsam gewachsener Tumoren der linken Leistengegend ebenfalls Vene und Arterie unterbunden werden mussten, in deren einem erst einige Wochen nach der Operation geringes, aber längere Zeit anhaltendes Oedem des Beins und starke Füllung der Hautvenen eintrat, nachdem Pat. bereits herumgegangen war, während im zweiten Pat. 3 Tage nach der Operation an Nachblutung starb, ohne dass sich eine Spur von Gangrän des Beins gezeigt hatte. Zur Erklärung des scheinbaren Widerspruchs, in dem diese Fälle zur Theorie Braune's stehn, nimmt Verf. an, dass die langsam wachsenden Tumoren durch ganz allmälige Compression der Vene zur Ausbildung von Collateralen Veranlassung gegeben hatten: es besteht die Berechtigung, in ähnlichen Fällen die Unterbindung der Vene auszuführen. **A. Genzmer** (Halle).

K. Beuck. Die Resection des Fussgelenks insbesondere bei Caries.

(Inaug.-Diss. Kiel. 1875.)

Verf. spricht sich zunächst für die Resection des Fussgelenks wegen Caries aus und berichtet dann über 4 einschlägige von Esmarch operirte Fälle, die sämmtlich günstig verliefen.

I. 18jähriges Mädchen, operirt 19. Januar 1866 wegen ungefähr seit $^3/_4$ Jahr bestehender Fussgelenks-Entzündung. Periost erhalten, entfernt wurde unteres Ende der Fibula und der Tibia und oberste Kuppe des Talus. Am 17. Juni waren alle Wunden geheilt. Active und passive Bewegungen sehr gut. Stangenstiefel, nicht gut ertragen.

II. 17jähriges Mädchen. Anfang der Fussgelenks-Entzündung Ende Septbr. 1866. Resection 26. Mai 1868. Entfernt Gelenkenden der Unterschenkelknochen, der Talus und ein oberflächliches Stück vom Calcaneus. Sehr langsame Heilung, aufgehalten durch Typhus und Erysipele. Am 31. Mai 1869 nekrotische Knochenstückchen extrahirt, und ein 2 Ctm. langes cariöses Stück von der Fibula abgemeisselt. Pat. am 2. April 1870 mit Fisteln entlassen. (Ref. kann über das Endresultat berichten, dass Pat. jetzt vollständig geheilt ist und auf einer hohen Sohle so ausgezeichnet geht, dass man ein Hinken kaum wahrnimmt. Sehr lange war das Auftreten schmerzhaft.)

$5^3/_4$jähriger Knabe aus ungesunder Familie. Seit 5 Monaten Caries der Fusswurzelknochen. Operation am 26. Febr. 1874. Entfernt os naviculare, Talus und ein Theil der übrigen Fusswurzelknochen. 10. Juni 1874 mit fast geheilten Wunden entlassen. Pat. gegen Ende des Jahres geheilt, der operirte Fuss ebenso gebrauchsfähig wie der andere, alle Bewegungen frei. Verkürzung kaum $^1/_2$ Ctm.

IV. 14jähriges Mädchen. Mutter schwindsüchtig. Vor 6 Jahren Ostitis des unteren Endes der Tibia. Vor 4 Jahren nach Trauma Exacerbation und Uebergreifen auf mehrere Fusswurzelknochen. Am 25. Juli 1874 Entfernung eines 5 Ctm. langen Stückes der Unterschenkelknochen, des Talus, Calcaneus, os navicul. und os cuboid. Anfang März 1875 nur noch 2 Fistelöffnungen. Verkürzung 5 Ctm. Am untern Ende der Unterschenkelknochen neugebildete Knochenmasse. Fuss noch sehr wackelig. (Pat. geht mit Stangenstiefel. Ref.)

Petersen (Kiel).

Kleinere Mittheilungen.

V. v. Ebner. Untersuchungen über das Verhalten des Knochengewebes im polarisirten Lichte.

(Sitzungsberichte der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften in Wien. Bd. LXX Hft. 6. 1874. p. 105—141.)

Verf. verwandte zu seinen Untersuchungen theils trockene, theils in Wasser unter das Mikroskop gebrachte Schliffe, vorzugsweise vom Oberschenkel des Frosches und der Tibia des Menschen, doch stellte er auch an zahlreichen anderen Knochen von Amphibien, Vögeln, Säugethieren und Menschen seine Beobachtungen an. — Verf. fasst die Resultate seiner Arbeit in folgender Weise zusammen:

1) Die Erscheinungen, welche das Knochengewebe unter dem Polarisationsmikroskope zeigt, lassen sich unter folgender Annahme genügend erklären: die doppelt brechenden Elemente der Grundsubstanz sind positiv einaxig und in der Hauptmasse mit ihren optischen Axen den langen Durchmessern der Knochenkörperchen parallel gestellt. Nur in der unmittelbaren Umgebung der Knochencanälchen (Kalkcanälchen) ist eine dünne Schicht Grundsubstanz, in welcher die optischen Axen der doppelt brechenden Elemente diesen Canälchen parallel gerichtet sind. —

2) Jedoch ist möglich, dass die doppeltbrechenden Elemente der Knochengrundsubstanz optisch zweiaxig sind. In diesem Falle läge dann die lange Axe des Elasticitätsellipsoides in derselben Richtung, wie die eine optische Axe im vorhergehenden Falle. Der Winkel, welchen die beiden optischen Axen möglicherweise einschliessen, und der durch die lange Axe des Elasticitätsellipsoides halbirt wird, könnte nach den Versuchen am Oberschenkel des Frosches 15° bis 20°, nach den Versuchen an der Tibia des Menschen 10° bis 12° betragen. —

3) Die Voraussetzung, welche auf Grund unserer Kenntnisse über die Entwicklung des Knochengewebes gemacht werden muss, dass die doppeltbrechenden Elemente des Knochens in ihrer Orientirung von der Richtung und Lage der Knochenkörperchen abhängen werden, hat sich auf das Glänzendste bewährt. Dass die Polarisationserscheinungen des Knochengewebes bisher nicht befriedigend erklärt werden konnten, liegt allein daran, dass die sehr wechselvollen, vom Verlaufe der Gefässcanäle nicht direct abhängigen Lageverhältnisse der Knochenkörperchen, welche von massgebender Bedeutung sind, nicht gehörig beachtet wurden. —

4) Bei der innigen Beziehung zwischen der Lage der Knochenkörperchen und der Orientirung der doppeltbrechenden Elemente in der Knochensubstanz lassen sich nun umgekehrt aus den Polarisationserscheinungen Schlüsse auf Richtung und Lage der Knochenkörperchen machen. Durchschnitte von Lamellen sind z. B. senkrecht zur Längsrichtung der Knochenkörperchen geführt, wenn diese Lamellen wie isotrope Körper sich verhalten. Wirken dagegen die Lamellen doppeltbrechend, so liegen die langen Durchmesser der Knochenkörperchen in der Schliffebene oder sind zu derselben mehr oder weniger geneigt u. s. w. **Tillmanns** (Leipzig).

Vidal. Sarcomes idiopathiques de la peau.

(Société de Biologie. Séance du 24. juillet. 1875)

Der von V. der Société de Biologie vorgestellte Pat. erkrankte vor 3 Jahren mit Jucken, Ameisenkriechen und einer schmerzhaften Spannung in den Extremitäten. Es entstanden an einzelnen Stellen der Haut rothe Flecken, auf denen sich sodann anfänglich flache, später mehr prominirende weiche Tumoren bildeten. Einige der letzteren ulcerirten, andre (an der Fusssohle) bedeckten sich mit einer dicken Epidermisschicht. Ein ganz ähnlicher Tumor entstand neuerdings auf der Eichel. Keine Drüsenanschwellung. Der grösste der Tumoren, der gestielt der vordern Fläche des Oberschenkels aufsass, wurde exstirpirt, wonach ausserordentlich schnelle Vernarbung eintrat, so dass schon nach Verlauf von 14 Tagen die Stelle, wo die Geschwulst gesessen hatte, nicht mehr zu erkennen war. — Die histologische Untersuchung ergab ein reich vascularisirtes, an einzelnen Stellen pigmentirtes Spindelzellensarcom (nach Ranvier's Diagnose »erectiles Hautsarcom«). — Der Allgemeinzustand des Kranken ist zur Zeit noch leidlich, doch erweckt eine hartnäckige Diarrhoe den Verdacht auf bereits bestehende Generalisation der Tumoren. **O. Volkmann** (Kettwig).

Johnson. Case of Lymphadenoma.

(Med. tim. and. gaz. 1875. Juli 24. p. 94.)

Der 53jährige Pat. war bis vor 10 Monaten gesund. Seither Drüsenanschwellungen zunächst über der rechten, dann über der linken Clavicula; es folgten Vergrösserungen der Halsdrüsen, der Achseldrüsen. Abnahme der Kräfte, Kurzathmigkeit, zuletzt Schlingbeschwerden. Vereiterung einer Drüse unter dem linken Ohre. Die obere Körperhälfte wurde ödematös. Die weissen Blutkörperchen waren nicht vermehrt, Leber und Milz nicht vergrössert. Die Drüsen waren weich, schmerzlos, von Nuss- bis Orangen-Grösse.

Bei der Section zeigte sich die Trachea von vorn durch ein Paquet Drüsen comprimirt.

Arsenik ist nicht angewandt worden. **Ranke** (Halle).

P. Baumgarten. Zur Hirnarteriensyphilis.

(Archiv d. Heilkunde, 16. Jahrg. Hft. 5 u. 6. p. 452—470.)

Verf. bestätigt im Wesentlichen die Heubner'schen Angaben, glaubt die letzteren aber dahin erweitern zu müssen, dass die Intimaerkrankung nicht das »primäre« sei und die Wucherung der Adventitia erst »errege«.

Gegen diese Auslegung seiner Worte verwahrt sich Heubner (Ebendaselbst p. 538): er habe die Frage, ob die Erkrankung von der Intima oder Adventitia ausgehe, durchaus offen gelassen, weil für ihre Entscheidung bis jetzt sichere Anhaltspuncte noch nicht gegeben seien. B. habe ihn offenbar missverstanden. **A. Bidder** (Mannheim).

B. W. Richardson. A recovery by artificial respiration in a case of diphtheritis croup.

(Med. tim. and. gaz. 1875. Juli 17. p. 64.)

R. hat in der Med. tim. vom 2. August 1873 einen Fall veröffentlicht, wo künstliche Respiration vermittelst eines doppelt wirkenden Blasebalgs 5mal die natürliche Athmung wieder herstellte. Als weiteren Beleg für die Güte der Methode wird der in der Ueberschrift erwähnte Fall mitgetheilt. $1^1/_2$ Tage nach der Tracheotomie wurde zunächst die innere verstopfte Kanüle entfernt, einige Stunden später die äussere; der Pat. athmete kurze Zeit durch die Wunde, wurde dann asphyctisch. Das elastische Endrohr des Blasebalgs wurde nun in die Wunde gebracht, und stellte sich nach wenigen Minuten wieder spontane Respiration ein. Genesung. **Ranke** (Halle).

Taylor. Notes of a case of fracture of cervical spine (Charin-Cross-hospital).

Der Pat., 33 Jahre alt, acquirirte die Fractur durch einen Stoss gegen einen Balken, wodurch der Kopf kräftig hinten über gebeugt wurde. Sensibilität von der 6. Rippe abwärts verloren, ebenso Motilität. Obere Extremitäten sind nach jeder, nur mit Mühe auszuführenden Bewegung geneigt, sich in Flexion zu stellen. Bis zum 4. Tage sich steigernde Hyperästhesie der oberhalb der gelähmten Partieen gelegenen Körpertheile. Tod am 7. Tage nach leichten Convulsionen. Temperatur nichts bemerkenswerthes. Der ungenaue Sectionsbericht giebt an, dass der 5. Cervicalwirbel eine Compressionsfractur, der 6. Wirbel einen Abbruch des proc. spin. zeigte. Die Verbindung des 6. mit dem 7. Wirbel war gelockert, doch keine Verschiebung vorhanden. Die Ligamente intact, ebenso die Rückenmarkshäute. Ausgedehnter Bluterguss in die Substanz des Rückenmarkes entsprechend dem 5. und 6. Wirbel.

Ranke (Halle).

W. Wilkes. Case of imperforant anus.

(Med. tim. and gaz. 1875. Juli 24. p. 93.)

Am Tage nach der Geburt des starken Knaben constatirte W. an Stelle des Anus eine nur 1/2 Zoll tiefe Grube. Am 3. Tage Entleerung von Meconium durch den Penis. Tod am 10. Tage. Das Mesocolon der flexura sigmoidea war sehr lang; der Darm ging nach der rechten Seite hinüber, wo er zwischen Bauchdecken und Cöcum in das Rectum überging. Die Mündung desselben, von der Stärke des Katheters No. 3 befand sich in der portio membranacea der Harnröhre. Abbildung im Original.

Ranke (Halle).

Chouppe. Troubles trophiques à la suite de lésions traumatiques des nerfs de la jambe.

(Société de Biologie. Séance du 24. juillet 1875.)

Ein 24jähriger Mann erhielt durch einen Granatspliter eine schwere Verwundung am äussern, obern Theil des linken Unterschenkels. Ein Theil der Fibula wurde nekrotisch und erst nach 6 Monaten war die Wunde vollständig vernarbt. Als Pat. wieder das Bett verliess, war das Gefühl im linken Unterschenkel etwas vermindert, im übrigen zeigten sich während 2 Jahren keinerlei Störungen. Erst nach dieser Zeit entstanden an der Plantarseite der 2 ersten Zehen sowie an dem innern Fussrand ganz spontan mehrere tiefe Ulcerationen ohne alle Tendenz zur Heilung. Eines dieser Geschwüre (an der grossen Zehe) besteht zur Zeit noch und ausserdem haben sich noch folgende trophische Störungen des linken Unterschenkels hinzugesellt. Am obern Rand der ausgedehnten Narbe befindet sich eine stark hyperästhetische Stelle von der Grösse eines 2 Frankstückes. Die leisesten Berührungen derselben verursachen dem Kranken sehr lebhafte Schmerzen. Unterhalb der Narbe bestehen in der Haut einige nach den Zehen hin strahlenförmig verlaufende Partieen, die auf Druck unempfindlich, aber der Sitz lebhafter spontaner Schmerzen sind. Die erste Zehe ist vollständig, die 2. und 3. Zehe, sowie ein Theil der planta pedis theilweise anästhetisch. Die Haare des erkrankten Unterschenkels sind stark hypertrophirt. Die Schweisssecretion bedeutend vermehrt. Sehr merkwürdig ist ferner der Widerstand der leidenden Extremität gegen Temperaturunterschiede. Bei einer Temperatur, die die Haut des gesunden Beines auf 10—12° abkühlt, zeigt der linke Unterschenkel mindestens noch eine Temperatur von 28—30°. Die Muskulatur des linken Beines, namentlich der vastus int. sind atrophischer wie rechts, jedenfalls in Folge der langen Inactivität.

Die Behandlung blieb bisher, abgesehen von vorübergehenden Besserungen, erfolglos. —

O. Volkmann (Kettwig).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 43. **Sonnabend, den 23. October.** **1875.**

K. Eliaschewitsch. Darmsaiten und andere Fäden für die Knopfnaht.

(Militär-med. Journal 1875. Juni, russisch.)

Verf. dieser experimentellen Arbeit wirft folgende Fragen auf: Welchen Einfluss haben die Beschaffenheit und die Dicke der Fäden auf die Reaction in den Stichcanälen, ferner auf das Durchschneiden der Wundränder und dann auf das Zustandekommen der prima intentio? Schliesslich erörtert Verf. das Schicksal der Darmsaiten im Thierkörper. Aus der vorausgeschickten genauen historischen Uebersicht des verschiedenen Nahtmaterials ergiebt sich, dass Darmsaiten schon 900 vor Chr. gebraucht wurden, dann aber der Vergessenheit anheimfielen, bis sie erst Anfangs dieses Jahrhunderts wieder in Frankreich und England in Gebrauch kamen (A. Cooper, Porta); endlich wurden sie in unserer Zeit in Form von carbolized catgut durch Lister von Neuem eingeführt.

Nach Rasirung des Rückens bei Hunden wurden verschiedene Nahtmaterialien durch eine Hautfalte durchgeführt und in leichtt Schlingen zusammengebunden. Die geringste Reizung in den Stichcanälen rufen die glattesten, gleichmässigsten, mittelmässig resistenten, nicht hygroskopischen Fäden hervor. Die verschiedenen Fäden stellen betreffs Entzündung und Eiterung folgende abnehmende Intensitätsscala dar: Baumwolle, Lein, Seide, Metall, fil de Florence, Seegras, carbolisirtes Catgut. Es giebt kein Material, zu dem sich die Gewebe passiv verhielten. Metalldrähte aus verschiedenem Material, aber von gleicher Dicke zeigen keine Differenz in der Reaction; der Silberdraht hat keine Vorzüge vor dem Eisen- und Kupferdraht. Gewichste Seide ist gewöhnlicher Seide vorzuziehen. Darmsaiten entsprechen allen Anforderungen am besten; sie werden leicht am 4.—8. Tage entfernt. Nicht carbolisirte Saiten reizen weniger, erweichen und schwellen aber leichter, wodurch ihre Festigkeit leidet.

Verf. vereinigte in einer ferneren Reihe von Experimenten absichtlich angelegte Wunden mit allen den bezeichneten Materialien und überwachte die Heilung mit möglichster Abhaltung von Schädlichkeiten. Es wurden lineäre Spaltwunden, dann 1 Ctm. breite und schliesslich tiefe Wunden, in welche fil de Florence und Catgut eingelegt waren, durch die Naht geschlossen. Bot die Wunde an und für sich genügende Bedingungen für prima intentio, blieb aber klaffend, so heilte sie unbedingt langsamer, als mit der Naht. Unter dieser Voraussetzung behindern die Nähte die prima intentio nie, da die Reaction gegen dieselben sich auf die nächste Umgebung beschränkt. Die Anwesenheit von fil de Florence oder catgut in tiefen Wunden behindert die prima intentio nicht.

Das Durchschneiden der Fäden hängt nun einerseits von der Spannung der Wundränder, andererseits vom Grade des Anziehens der Naht und vom Zustande der von derselben umfassten Theile ab. Die Eigenschaften der Nähte, von denen die Intensität der Entzündung in den Stichcanälen abhängt, haben natürlich auch einen grossen Einfluss auf das Durchschneiden. Darmsaiten, welche am wenigsten reizen, schneiden am schwächsten ein, selbst bei starker Spannung der Ränder.

Das Schicksal der Catgutschlinge ist Gegenstand einer besonderen Versuchsreihe. Es wurden zu diesem Zwecke Darmsaiten um Arterien (Carotis, Femoralis) und Uterushörner von Hündinnen angelegt. In Müller'scher Flüssigkeit erhärtete, in 90% Spiritus aufbewahrte Hautstücke mit Nähten wurden mit Pikrocarmin gefärbt und gleichfalls in verschiedenen Zeitintervallen (5—25 Tage nach Anlegung der Naht) untersucht.

Sobald die Granulationen in den Stichcanälen mit den Darmsaiten in Berührung kommen, beginnt in der ganzen Peripherie der Fäden eine Abfaserung. Mit dieser Abfaserung und der gleichzeitigen Verdünnung der Fäden zerfallen die Fibrillen in grössere oder kleinere Partikel — zuletzt — zu körnigem Detritus. Die Schnelligkeit

dieses Processes hängt von dem grösseren oder geringeren Saftgehalt der lebenden Gewebe, dem Grade ihrer Reaction und von der Art der Zubereitung der Darmsaiten ab. Feine nach Lister zubereitete carbolisirte Saiten werden in 5—6 Tagen bis zum Maximum verdünnt. An Gefässen fängt ihr Zerfall vom 5. Tage an; ebenso an den Gebärmutterhörnern. Bei Hunden, welche einen Monat nach Anlegung der Ligatur getödtet wurden, war kein Rest der Ligatur zu bemerken.

W. Grube (Charkow).

D. Murinoff. Ueber Veränderungen der Darmsaitenligaturen.

Inaug.-Diss. Petersburg. 1875 (russisch.).

Verf. studirte an Hunden und Kaninchen die makro- und mikroskopischen Veränderungen verschieden starker und verschieden zubereiteter Darmsaiten nach Gefässligaturen und Unterbindung der Uterushörner (carbolized catgut, einfache und Chloraldarmsaiten).

Makroskopisch zeigten alle Darmsaiten nach 2—3 Tagen nur Imbibition, nach 7 Tagen — starke Anschwellung, Weichheit; über ihnen hatte sich eine feine durchsichtige Bindegewebsmembran gebildet; die Knotenenden waren mit der Umgebung verklebt. Dünnere Saiten wurden rascher resorbirt: sie verschwanden in 10 Tagen, No. 3 von Lister's Catgut — in 20—30 Tagen. Die Knotenreste der ersteren erhielten sich bis 25 Tage, der letzteren — bis 70 Tage.

Mikroskopisch zeigten sowohl einfache Saiten als Catgut in den ersten Tagen Zerfaserung, später — allmäliges Schwinden der Fasern zwischen den Granulationen.

Die Zubereitung der Ligaturfäden soll ohne Einfluss sein auf die Schnelligkeit der Resorption. Carbolisirtes Catgut reizt die Umgebung schwach, noch weniger irritiren Chloralsaiten, einfache Darmsaiten — gar nicht. Nach Unterbindung der Uterushörner ging keines der Thiere zu Grunde. — Gefässunterbindungen wurden 110 gemacht an 17 Kaninchen und 13 Hunden. Um den Einfluss auf Nachblutungen zu erörtern, durchschnitt Verf. jedem Thiere gleichzeitig Carotis, Femoralis und Brachialis, und unterband beide Enden des durchschnittenen Gefässes. Lister's carbolisirtes Catgut gab 10 % Nachblutungen, Chloralsaiten 25 %, einfache Darmsaiten 87 %. Unter 48 Catgutligaturen 37Mal prima intentio, unter 34 Ligaturen mit Chloralsaiten 28Mal, unter 28 Ligaturen mit einfachen Darmsaiten 8Mal.

Die Resorption der Gefässligaturen scheint langsamer zu erfolgen.

W. Grube (Charkow).

K. Köster. Zur Pathologie des Hitzschlages.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 34.)

Verf. theilt das Sectionsresultat eines an Hitzschlag gestorbenen Soldaten mit. Im Wesentlichen ergab sich Hämorrhagie in das Ganglion supremum dextr. des Sympathicus und Anschwellung des lin-

ken bis auf doppelte Grösse (Auseinanderdrängung und Zertrümmerung der Nervenfasern), kleinere Hämorrhagieen im unteren, grössere im oberen Theile des Sympathicus; kleinere Blutergüsse in und um beide Vagi mit Anschwellung der betreffenden Stellen und in die Scheiden beider Phrenici; hämorrhagische Flecke in der Gefässscheide der Carotiden; leichte Hyperämie des Gehirns, kleine Ecchymosen unter das Ependym des linken Ventrikels; Lungen in Inspirationsstellung, hämorrhagische Infiltration des rechten unteren Lappens; Ecchymosen unter dem Peri- und Endocard des linken Ventrikels. — In einem anderen Falle, in welchem Hitzschlag nicht vorlag, sondern wo der Tod bei einer gehetzten, vor Verfolgern fliehenden Frau plötzlich eintrat (»Hetzschlag«), zeigten sich Hyperämieen, hämorrhagische Infiltrate und Ecchymosen an ähnlichen Stellen. K. will durch Mittheilung dieser Fälle zur genaueren Berücksichtigung des vasomotorischen und des respiratorischen Nervensystems bei Sectionen solcher Personen anregen, die an Hitzschlag, resp. an »Hetzschlag« verstorben sind. —

v. Mosengeil (Bonn).

F. Buddenberg. Ueber quantitative Schweissanomalieen.

Inaug.-Diss. Bonn. 1875.

Auf Grund einiger mitgetheilter Beobachtungen werden sowohl totale als partielle Anhidrosis als stets auf Lähmung beruhend, hingestellt. Wie es scheint, Anhänger der Secretionstheorie Pflüger's, sagt B. geradezu, dass da, wo Anhidrosis in einem gelähmten Bezirk vermisst werde, nicht die ganze Nervenfaserung ihre Function eingebüsst habe. Es wird ein Fall citirt, in welchem bei Parese der unteren Extremität profuser Schweiss an den nicht gelähmten Partieen eintrat. — Bei der Zittmann-Cur eines hemiplegischen Syphiliticus schwitzte nur die nicht gelähmte Seite etc. — Bei Besprechung der Hyperhydrose deutet Verf. auf das Fehlerhafte der Hypothese hin, welche den Schweiss als physikalisches Filtrat, als nur abhängig vom Gefässsystem darstellt. Der Ausbruch allgemeinen Schweisses in der Fieberkrisis bedeute nichts Anderes, als eine veränderte Thätigkeitsäusserung des Nervensystems, »eine Rückkehr zur normalen Function, welche so lange darniederlag, als die fiebererregende Potenz gegen das Nervensystem vorging«. —

Claude Bernard's Experiment, Hemidiaphorese nach Durchschneidung des Halssympathicus an Kopf und Hals derselben Seite zu erhalten, deutet B. in der Art, dass der Sympathicus so gut wie Gefässnerven auch Drüsennerven enthalte, welche (wie für Glandula submax.) Hemmungsnerven sind. »Den Sympathicus durchschneiden heisst das Hinderniss wegnehmen; die secretorischen Nerven erhalten das Uebergewicht«. Obductionsbefunde, welche nach im Leben beobachteter Hyperhidrosis unilateralis pathologisches Verhalten des Sympathicus zeigten, folgen. Beziehungen zum morbus Basedowii werden auf anatomischer Basis aufgestellt und schliesslich Beweisfälle dafür gebracht,

dass gewisse Reize (z. B. scharf gewürzte Speisen), wie auch besondere Irritabilität der die Secretion anregenden Nerven übermässige Leistungen veranlassen können.

v. Mosengeil (Bonn).

A. Jacobson. Ueber das Vorkommen centraler Ueberhäutung in carcinomatösen Geschwüren.

Vortrag, gehalten in der Berl. med. Gesellsch. 1875. 17. März.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 27.)

Entgegen der von einzelnen Klinikern aufgestellten, diagnostisch wichtigen Behauptung, dass lupöse Geschwüre benarben, carcinöse nicht, führt Verf. einen Carcinomfall an, in welchem centrale, inselförmige Ueberhäutung vorgekommen. Makroskopisch und klinisch wurde die Sache für ein ulcus chronicum gehalten, bis die mikroskopische Analyse den carcinösen Charakter nachwies. —

Die Entstehung der centralen Narbe erklärt Verf. dadurch, dass der krebsige Heerd, der bei seinem Wachsen allmälig die Oberfläche erreichte, der Ausgangspunct für die centrale Ueberhäutung gewesen sei.

Auf Grund constatirter Thatsachen stellt J. schliesslich den Satz auf, »dass das Vorkommen centraler Narben mit Epidermoidal-Ueberzug an Stellen, wo die Haut mit ihren epithelialen Adnexen schon längst zu Grunde gegangen ist, mit ziemlicher Sicherheit uns zur Diagnose einer exulcerirenden epithelialen Neubildung hinweist«.

v. Mosengeil (Bonn).

G. Horff. Ueber die anatomische und pathologische Structur des Tonsillengewebes.

Inaug.-Diss. Bonn. 1875.

Indem H. mit den historischen Notizen beginnt, dass Kölliker 1850 den Normalbau der Tonsillen richtig erkannt, Sachs und Reichert noch 1859 dieselben für acinöse, Böttcher gar für pathologische Gebilde angesehen, Billroth, Huxley, Henle und Schmidt aber Kölliker zugestimmt haben, schildert er kurz die histologischen Verhältnisse, wobei eigene Beobachtungen und Deutungen vorkommen. Besonders hervorzuheben ist der unmittelbare Zusammenhang des folliculären wie interfolliculären Gewebes mit den Lymphgefässen, wie aus den unter Prof. Köster's Leitung gefertigten Präparaten des Verf. hervorgeht. In den Tonsillen findet sich ein erweitertes Bindegewebs-Saftcanälchensystem und sie sind ein Haufen von Follikeln oder von Lymphdrüsen in einfachster Form.

Die pathologischen Verhältnisse trennt Verf. je nachdem sie die oberflächliche Schicht der Schleimhaut oder das eigentliche Tonsillengewebe betreffen. Danach ergeben sich 1) Oberflächlicher Tonsillenkatarrh, dessen Fundament Hyperämie ist, und welcher leicht in 2) lacunären Tonsillencatarrh übergeht. Hierbei entste-

hen die nach ihrer Zersetzung oft so widerlich riechenden, hervorstehenden weissen Pfröpfe dadurch, dass die im acuten Stadium durch Epithel- und Detritusmassen ausgefüllten Lacunen bei Abnahme der Schwellung diese Massen nicht mehr beherbergen können. — 3) Croupöse und 4) diphtheritische Tonsillitis. Bei jener eine auf die Schleimhaut aufgelagerte Membran, aus einem zelligen Netzwerk bestehend; bei dieser, wenn es zur Bildung einer Membran kommt, besteht die Membran aus der necrotisirenden Mucosa. 5) Acute Tonsillitis, a) folliculäre Form, oft übergehend in b) diffuse lymphatische Tonsillitis, wobei das ganze cytogene und übrige Bindegewebe dicht von Lymphzellen infiltrirt ist. Ebensó sind die Follikel dicht mit lymphoiden Zellen gefüllt. Confluiren dieselben im Centrum des Follikels, so ist der Beginn der multiplen Abscesse bei dieser Form gegeben. 6) Chronische Form, a) chronische folliculäre Tonsillitis b) Interstitielle zellige Tonsillitis (besonders in der Jugend häufig, Tonsillen stark vergrössert, von geringer Consistenz; Follikel stark vergrössert mit Erhaltung des Reticulum; lymphoide Infiltration im cytogenen Gewebe; Crypten unverändert). c) Interstitielle indurative Tonsillitis, meist mit dem Stadium der Hypertrophie auftretend und in das der Schrumpfung übergehend (Analogieen bei Lebercirrhose und interstitieller Nephritis zu finden). Als Curiosa werden die dabei zuweilen gefundenen Colloidcysten, Tonsillensteine, hyaline Knorpel- und Knochengewebspartieen erwähnt. d) Senile Atrophie; nach Krankheiten und bei Marasmus. 7) Neoplasmata, werden nur andeutungsweise erwähnt.

v. Mosengeil (Bonn).

A. Rajewsky. Ueber Resorption am menschlichen Zwerchfell bei verschiedenen Zuständen.

(Virch. Archiv Bd. LXIV. p. 186.)

Verf. suchte die Aufsaugungsfähigkeit des menschlichen Zwerchfells im normalen Zustand zu bestimmen und zugleich den Unterschied zwischen dem normalen und pathologisch-veränderten Zustand nachzuweisen. Er resumirt die Resultate seiner Untersuchungen folgendermassen. Das normale menschliche Diaphragma hat die Fähigkeit, Flüssigkeiten und darin suspendirte Partikelchen aufzusaugen, wie v. Recklinghausen vom Kaninchenzwerchfell gezeigt hat. Das menschliche Zwerchfell erlangt, wenn es durch entzündliche Processe verändert ist, eine grössere Fähigkeit, Flüssigkeiten, die mit ihm in Berührung kommen, seine Bahnen passiren zu lassen. An solchen entzündeten Diaphragmen erhält man unter dem minimalsten Drucke eine Injection des Saftcanalsystems, welche als die natürlichste zu betrachten ist. So hergestellte Präparate beweisen, dass die Saftcanälchen mit den Lymphcapillaren in Verbindung stehen, dass sie ferner nicht beliebige Räume oder Spalten sind, sondern besondre Canälchen, die im lockeren Bindegewebe eingegraben sind. Entfernung des Endothel der

Serosa auf natürlichem oder künstlichem Wege eröffnet neue Bahnen für den Durchgang der Flüssigkeiten, nämlich die Saftcanälchen, welche an der freien Oberfläche der Serosa beginnen. — Die Untersuchungen wurden im v. Recklinghausen'schen Institute angestellt. **Madelung** (Bonn).

A. Weichselbaum. Eine seltene Geschwulstform des Mesenterium (Chylangioma cavernosum).

(Virch. Archiv Bd. LXIV. p. 145.)

Bei einem 80jährigen Mann fand sich zwischen den Blättern des fettreichen Gekröses des oberen Ileum eine handtellergrosse Geschwulst. Beim Einschneiden floss, wie aus den Poren eines Schwammes, Flüssigkeit, die sich nach mikroskopischer und chemischer Untersuchung als Chylus erwies. — Die Hohlräume der Geschwulst entsprachen ihrer Form nach derjenigen der cavernösen Blutgeschwülste, zeigten dieselbe Structur, das gleiche Endothel. Die Füllung mit Chylus beweist, dass sie entweder aus Chylusgefässen hervorgegangen oder doch mit ihnen in Communication getreten waren. Die Geschwulst war wahrscheinlich Anfangs ein Lipom, denn die Peripherie bestand grösstentheils noch aus Lipomgewebe. In ihm entwickelte sich das cavernöse Gewebe. Einzelne Partieen der Peripherie waren geeignet, die Entstehungsweise aufzuklären. Längs den Bindegewebszügen traten Rundzellen auf, breiteten sich an Zahl zunehmend auf Kosten des umliegenden Fettgewebes aus. Da, wo diese Zellen grössere, rundliche, den Lymphfollikeln ähnliche Gruppen bilden, waren Hohlräume vorhanden von characteristischer Form und zackiger Begrenzung, wie sie Kölliker von den Lymphcapillaren im Schwanz von Batrachierlarven beschrieben. — Diese Chyluscapillaren dehnen sich weiterhin zu den eigentlich cavernösen Räumen aus. Verf. giebt eine Zusammenstellung und Kritik theils der so seltenen Litteraturberichte über cavernöse Lymphangiome, theils die verschiedenen Ansichten der Autoren über die Entstehungsweise der cavernösen Tumoren überhaupt. **Madelung** (Bonn).

W. A. Freund. Ueber Ausgangspuncte und Verbreitungswege des Carcinoms im weiblichen Becken.

(Virch. Archiv Bd. LXIV. p. 1.)

In Fällen ausgedehnter carcinomatöser Erkrankung der Beckenorgane bei Weibern ist der Nachweis des Ausgangspunctes der Neubildung schwierig und oft unmöglich. Die ersten Stadien des Leidens verlaufen fast symptomlos und die Zeit der noch möglichen Constatirung des Ausgangspunctes der Neubildung geht ungenützt vorüber. Man nimmt in solchen Fällen meist die Prädilectionsstelle des Krebses im weiblichen Becken, den Uterus als Ausgangspunct des

Carcinoms an. Fr. vermochte in 7 Fällen theils während des Lebens, theils auf dem Sectionstisch andere Organe als primär erkrankt nachzuweisen (Mastdarm, Blase, Vagina) und in einzelnen Fällen die weitere Entwickelung und Fortsetzung von diesen bis zur Serosa des Uterus oder in ihn selbst zu constatiren. Bei der Seltenheit der bisher bekannt gewordenen Fälle von fortgesetztem Gebärmutterkrebs sind solche Mittheilungen bemerkenswerth. Die Fälle geben aber zugleich einen guten Beweis für die Richtigkeit unserer Anschauungen über den bestimmenden Einfluss traumatischer Insulte auf die Entwickelung primärer Krebserkrankung; den vielfachen Insulten, welchen unter gewöhnlichen Umständen der Scheidentheil der Gebärmutter ausgesetzt ist, entspricht das häufige primär krebsige Erkranken dieser Stelle. — Fr. fand keinen Fall von primärem Uteruscarcinom bei constatirtem Schutz dieses Organs vor mechanischen Insulten. Vielmehr blieb die Gebärmutter in einer Reihe von Fällen krebsiger Erkrankung in ihrer Umgebung, welche notorisch vielfachen mechanischen Insulten unterworfen ist, eine Zeitlang vor gleicher Erkrankung gleichsam geschützt und wurde erst spät durch Ausbreitung der Neubildung auf Umwegen ergriffen. **Madelung** (Bonn).

G. Tizzoni und J. Gaule. Ein Beitrag zur Lehre von der Hodentuberkulose.

(Virch. Archiv Bd. LXIII. p. 386.)

Die Untersuchung des Hodens eines 30jährigen Individuums, das an chronischer Tuberkulose gestorben war, gab den Verff. Gelegenheit das Vorkommen von wahrer Miliartuberkulose des Hodens zu constatiren. Der Befund ist von Wichtigkeit, da die seither in der Litteratur berichteten Fälle nur Knaben oder Individuen mit acuter Miliartuberkulose betrafen. Die Tuberkel waren spärlich im Gebiet der gewundenen Samencanälchen, am reichlichsten in der Epididymis. Eigentliche käsige Metamorphose war in ihnen noch nicht eingetreten.

Derselbe Hoden zeigte aber eine von älteren Forschern öfters, wenn auch ungenau, beschriebene, von Virchow geleugnete Affection, eine intratubuläre, käsige Orchitis. Während im Gebiet der gewundenen Samencanälchen, wie in dem der geraden nur der Beginn einer Veränderung des Epithels bestand, traten im rete testis und epididymis hauptsächlich drei Stadien der Erkrankung hervor, 1) Wucherung, 2) Zerstörung des Epithels nebst Auftreten von Rundzellen und eigenthümlichen riesenzellenähnlichen Klumpen in dem Lumen, 3) Bildung von käsigen Producten. Ob zwischen der käsigen Orchitis und der Miliartuberkulose ein Zusammenhang bestand, liess sich an der Hand des einzelnen Falles nicht entscheiden.

Madelung (Bonn).

J. Kalscheuer. Ueber die verschiedenen Formen des Hydrophthalmus.

Inaug.-Diss. Bonn 1875.

Nach einleitenden Bemerkungen beschreibt Verf. je einen Fall von congenitalem und traumatischem Hydrophthalmus und weist nach, dass die Vorgänge und Veränderungen in beiden Arten von Fällen ihrem Wesen nach sich durchaus nicht unterscheiden, mit Ausnahme derjenigen Veränderungen, welche durch das Trauma direct veranlasst werden, als Narbenbildung etc. — Es folgen makro- und mikroskopische Untersuchungsresultate des enucleirten, nach Trauma entstandenen hydrophthalmischen Bulbus. Für beide Arten giebt Verf. als kurze Charakteristica an: trübe cornea globosa, erhöhte Bulbusresistenz, grosse Ausdehnung und Verdünnung des Scleralsaumes, Druckexcavation der Papille, Irisatrophie und Glaskörperverflüssigung.

Enucleation empfiehlt K. nur, wenn sympathische Affection des anderen Auges befürchtet wird oder durch die grosse Ausdehnung des Bulbus Lidschlag und Lidschluss behindert sind. —

v. Mosengeil (Bonn).

L. Hirschmann. Behandlung des Trachoms.

(Sitzungsberichte der med. Gesellschaft zu Charkow. 1875. No. 5. p. 78.)

Verf. wandte die von Samelsohn empfohlene Behandlung hartnäckiger Trachomformen mittelst Galvanokaustik in 150 Fällen mit günstigem Erfolge an. Fälle, welche jahrelanger Behandlung getrotzt hatten, wurden in 2—$2^1/_2$ Monaten vollkommen geheilt. Die Zahl der Cauterisationen schwankte zwischen 1 und 15; jedesmal wurden 1—8 wirkliche trachomatöse Körner cauterisirt. Entzündliche Cornealcomplicationen waren kein Hinderniss. Der Schmerz war gering, die Reaction nie auffallend, zuweilen nur 3—12 Stunden ein leichter, vorübergehender Reizzustand der Conjunctiva vorhanden; nie Narben. Recidive selten, und in diesem Falle bessere Resultate durch die früheren Mittel. Wiederholung der Cauterisationen nach 4—7—10 Tagen. Alle Patienten ambulatorisch behandelt.

Bestreuung der Lider mit Chin. muriaticum in Pulverform und energische Einreibung desselben vermittelst eines Fingers in die Conjunctiva durch $^1/_4$—$^1/_2$ Minute, darauf Abspülung des Restes, ergab gleichfalls auffallend gute Resultate; nur traten bei dieser Methode zuweilen heftige Blutung, immer ziemlich heftige Schmerzen, oft für mehrere Stunden ein, wogegen kalte Compressen mit Vortheil angewandt wurden. Diese Behandlung erwies sich besonders erfolgreich in veralteten Fällen mit grossen gallertigen Körnern oder gleichmässiger Infiltration der narbigen Conjunctiva, mit gleichzeitigem Pannus, oft schon nach 1—2 Einreibungen, jedesmal mit rascher Erleichterung. In frischen Fällen keine Besserung. Wiederholung der Einreibung alle 2—4 Tage.

W. Grube (Charkow).

J. Hardie. Neue Methode der Rhinoplastik.

(British med. Associat. — British med. Journal 1875. Vol. II. p. 260.)

Bei einem 16jährigen Mädchen, welche mit Ausnahme von kleinen Resten beider Nasenflügel die ganze Nase verloren hatte, half sich H., um die neue Nase genügend zu stützen und prominent zu machen, nachdem er seinen ersten Plan, beide proc. nas. des Oberkiefers abzulösen und als Stütze zu verwerthen, aufgegeben hatte, auf folgende Weise: er verpflanzte das letzte Glied des 4. Fingers an die Nase, indem er in der Volarseite derselben in der Mittellinie die Weichtheile durchtrennte, dann dieselben, unter Hinzufügung eines transversalen Schnitts an der Basis der Phalanx nach beiden Seiten ablöste und diese frischen Wundränder an die angefrischten Ränder der Nasenöffnung annähte; Hand und Arm wurden genügend befestigt. Auf der einen Seite erfolgte die Vereinigung durch Granulationsbildung, auf der anderen per primam; nach 3 Monaten wurde die Phalanx abgetrennt. In weiteren Nachoperationen vereinigte man die Reste der Nasenflügel und der Scheidewand mit dem Fingergliede und entfernte den Nagel. Obwohl ein genügender permanenter Nasenersatz geschaffen war, so wich derselbe schon in den nächsten Wochen so nach der Nasenhöhle hinein, dass eine Ueberdeckung mit Haut nothwendig wurde. Das Mädchen soll ohne besondere (?) Beschwerden dieses Alles ertragen haben. Doch meint H., dass in geeigneten ähnlichen Fällen mehr als eine Phalanx zu benutzen sei. —

Pilz (Stettin).

W. Adams. Neues Verfahren, eingezogene Narben zu beheben.

(British med. Associat. — British med. Journal 1875. Vol. II. p. 260.)

Die nach Drüseneiterungen und Knochenexfoliation entstandenen vertieften Narben räth A. auf folgende Weise zu behandeln. Ein Tenotom wird am Rande der Narbe eingestochen und nun dieselbe in ihrem ganzen Umfange vom Untergrunde abgelöst, die beweglich gemachte Narbendecke hervorgedrückt und in dieser Lage erhalten durch 2 feine Hasenscharten- Nadeln, welche vom Rande aus unter ihr in rechten Winkeln sich kreuzend hindurchgelegt werden; nach 3 Tagen werden dieselben entfernt. In 3 Fällen erreichte A. den gewünschten Erfolg, die Narbe war au niveau der Haut und soll allmälig auch das Aussehen derselben angenommen haben.

Pilz (Stettin).

J. Szeparowicz. Beiträge zur Casuistik der Tracheotomie. —

(Przegląd lekarski 1875. No. 21—26, polnisch.)

1) Tracheotomia super. bei einem 5jähr. Mädchen am 4. Tage der Laryngitis croup. mit gutem Erfolge — Kanüle verblieb 7 Monate.

2) Ungünstiger Ausgang bei einem 3jährigen Knaben, wo die Tracheotomie am 5. Tage der Pharyngo-Laryngitis diphtheritica ausgeführt wurde. Tod am 3. Tage nach der Operation.

3) Diphtherie bei einem 4jährigen Patienten; am 4. Krankheitstage Operation; nach 4 Tagen Tod. —

4) Laryngitis crouposa descendens bei einem 5jährigen Knaben; Tracheotomie am 7. Krankheitstage mit gutem Erfolge — Kanüle blieb 13 Tage liegen. —

5) Chorditis vocalis inf. hypertrophica bei einem 22jährigen Manne — Tracheotomia superior — Heilung mit Permanenz der Kanüle. — Syphilis konnte als Ursache nicht nachgewiesen werden; dieser Fall gleicht dem von Burow (Archiv f. klin. Chir. Bd. XVIII. Hft. 2) beschriebenen, so wie denen von Gerhardt und Türck. —

6) 19jähriges Mädchen mit Perichondritis arytenoidea und thyreoidea (syphilitica); Tracheotomie mit gutem Erfolge.

7) Cicatrices laryngis post ulcera syphilitica; Tracheotomie mit gutem Erfolge.

8) Schnittwunde des Larynx beim Selbstmordversuch — Tracheotomie — später Tod infolge von Pneumonie. —

9) Carcinoma epitheliale laryngis — Tracheotomie mit Permanenz der Kanüle.

10) S. wurde zu einem im höchsten Grade Dyspnoëtischen gerufen, kam aber zu spät, nämlich in dem Augenblicke, als der Pat. das letzte Exspirium machte; dennoch schritt er zur Tracheotomie. Nach 2stündigem, vermeintlich nutzlos unterhaltenem künstlichen Athmen, wurde der Pharynx mit einem Federkiel gereizt, worauf Reflexe erfolgten; weitere energische durch 2 Stunden fortgesetzte Belebungsversuche wurden mit Erfolg gekrönt. —

11) Perichondritis tuberculosa laryngis; Tracheotomie; Tod am 16. Tage nach der Operation infolge tuberculöser Lungeninfiltration.

12) Ein 2jähriges Mädchen erkrankt zusammen mit ihrem kleinen, etwas älteren Bruder: das erste zeigte nur einfache Mandelentzündung, die ein paar Tage dauerte, der zweite fiberte stark, es stellten sich Convulsionen ein, zuletzt bemerkte man im Pharynx Diphtherie, die nach Höllensteinbepinselungen in ein paar Tagen wich. Durch drei Wochen Euphorie bei beiden; nach dieser Zeit tritt bei beiden zugleich Croup ein (keine Zeichen im Pharynx, dagegen Aushusten von Membranen); das Mädchen wird beinahe in Agone tracheotomirt. — Tod am 2. Tage. Dem älteren Bruder wurden, da er nicht so grosse Dyspnoë aufwies, Inhalationen mit acid. lacticum applicirt, die sich in ihren Folgen als vortrefflich erwiesen. —

S. erklärt sich gegen die Narkose während der Tracheotomie und plaidirt für das von Bose beschriebene Operationsverfahren. —

Obwohl S. Inhalationen von Milchsäure für ein sehr schätzbares Mittel bei Croup hält, so betrachtet er doch die Tracheotomie als eine der erfolgreichsten Behandlungsmethoden desselben, die nicht nur mechanisch (gegen Dyspnoë) wirkt, sondern auch durch Erleichterung des

Athmungsprocesses und durch Beseitigung der dadurch bedingten venösen Hyperämie des Larynx auf den Krankheitsprocess selbst grossen Einfluss hat. Darum räth S. Tracheotomie bei Croup in frühen Krankheitsstadien vorzunehmen; nicht so bei Diphtherie. Hier solle man abwarten, bis alle anderen Mittel im Stiche gelassen haben und soll deshalb die Tracheotomie in solchen Fällen als ultimum remedium bei drohender Suffocation angewandt werden. — Was des Verf. Ansicht über das Verhältniss der beiden Krankheitsformen zu einander anbelangt, so stimmt er mit Oertel darin überein, dass Croup und Diphtherie besondere Krankheitsformen seien, meint aber, dass bei Diphtherie zuerst die Blutkrase und dann erst die Localisirung auftritt. — **Obaliński** (Krakau).

P. Bruns. Ueber das »Mal perforant du pied«.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 30, 31 u. 32.)

Verf. schliesst jeden pathologisch-anatomischen Character aus und will das Leiden nur vom klinischen Standpunct aus betrachten. Im Allgemeinen stehen sich zwei Ansichten der Autoren gegenüber: die Einen betrachten die Affection als einen localen Process, die Andern als secundäre Erscheinung im Gefolge andrer, zum Theil allgemeiner Störungen. Druckwirkung, Schwielenbildung, Entzündung und tiefgreifende Ulceration, eventuell unter Betheiligung eines Schleimbeutels (ulceröse Dermosynovitis) wären für die erstere Anschauung die zur Erklärung nöthigen Momente; ähnlich die Hypothesen von purulentem Hygrom, Ostitis oder Neubildung. Die zweite Classe nimmt entweder specifische Allgemeinleiden an; Lues und atheromatöse Degeneration der Arterien (Gangraena senilis) werden als Grund ange sehen, ebenso neuroparalytische Verschwärungen oder Lepra anaesthetica. Die vasomotorische Lähmung bedinge zunächst Atonie der Gefässe, verlangsamte Circulation, Stauung und passive Hyperämie, sowie den malignen Character traumatischer Affectionen, und in diesem Sinne sei das mal perforant, das primär, wie sein Sitz (Ferse und Köpfchen der Mittelfussknochen) schon sagt, ein Decubitus ist, eine neuro-paralytische Verschwärung. — Die Arten der primären Nervenaffection unterscheidet Verf. als centrale (spinale) und periphere. Unter den Affectionen des Rückenmarks, in deren Gefolge mal perforant beobachtet wurde, finden sich traumatische Läsionen und chronisch-degenerative Processe. Es werden 4 Fälle aufgeführt, in denen Fractur der Wirbelsäule vorlag mit bleibender partieller Lähmung; das Plantargeschwür trat 1—6 Jahre nach der Verletzung auf. Ferner werden als ätiologische Momente Fälle von Tabes dorsualis mit Sensibilitäts- und Coordinationsstörung citirt und andere centrale Affectionen, geheilte Spina bifida mit zurückbleibender Schwäche und Atrophie der unteren Extremitäten, progressive Muskelatrophie und spinale Kinderlähmung. Unter den peripheren Nervenaffectionen geben besonders Verletzungen des Nervus ischiadicus zum Auftreten

des mal perforant Veranlassung. Auch wird ein Fall erwähnt, in welchem durch Druck eines Tumors auf die Wurzeln dieses Nerven derselbe Erfolg bewirkt wurde. Schliesslich ist die Lepra anaesthetica hier zu erwähnen. Das Gesammtresultat aller Betrachtungen des Verf. ist, dass »die Besonderheiten im Auftreten und Character des Plantargeschwüres einzig und allein ihren Grund in der praeexistirenden localen Ernährungsstörung durch Nervendegeneration haben«. In Betreff der Therapie ist ausser der gegen das Geschwür gerichteten zu erwähnen, dass nach experimentellen Beobachtungen der Electricität grosser Einfluss zuzutrauen ist. Am Ende der Arbeit folgt eine eigene Beobachtung in ausführlicherer Mittheilung. Bruch des unteren Theiles der Brustwirbelsäule hatte Paralyse und Anästhesie der peripher vom Bruch gelegenen Partieen zur Folge. Es folgte Besserung im Laufe der Jahre, es trat aber am Ballen der linken grossen Zehe mal perforant ein. Die Analgesie an den Unterschenkeln war sehr entwickelt. Doch erfolgte Heilung mit an dem Knochen adhärenter Narbe. — **v. Mosengeil** (Bonn).

J. Lane. Die Behandlung der Hämorrhoidalknoten mittelst Klammer oder Cauterium und mittelst der Ligatur.

(Lancet 1875. Vol. II. p. 162.)

H. Smith hat im Lancet 1875 Vol. II, p. 90 und 124 ausführlicher über seine Erfolge bei Entfernung von Hämorrhoidalknoten und Mastdarmvorfällen mittelst seiner verbesserten Klammer und Glüheisen berichtet; darnach hatte er nur 4 Todesfälle bei 400 Pat. zu beklagen. Indem er bei dieser Gelegenheit indirect Lane angreift, welcher die grossen Vortheile der Methode von Smith gegenüber der Ligatur, besonders den Schutz gegen Erysipele, Pyämie und Nachblutung nicht anerkennen wolle, entgegnet L., dass seine Erfahrungen für die Ligatur noch weit günstigere seien, und er somit keinen Grund habe, von der Ligatur abzugehen. Er habe in St. Mark's Hospital bei über 800 Operirten nur 3 Todesfälle, darunter keinen an Pyämie und Tetanus gesehen; ja Allingham habe unter 400 mit Ligatur behandelten keinen verloren. Im Ganzen soll in St. Mark's Hospital von 3210 mit Ligatur Operirten keiner an Pyämie gestorben sein.

Pilz (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

J. Dix. Erfolgreiche Behandlung von 2 Aneurysmen durch Compression mittelst Draht.

(British med. Associat. — British med. Journal 1875. Vol. II. p. 258.)

Die von ihm 1864 angegebene Methode zur Blutstillung verletzter Gefässe hat D. auch erfolgreich bei einem Aneurysma der Carotis und Femoralis angewandt. Nach Blosslegung der Arterie wird mittelst Aneurysmanadel ein Draht um die Arterie gebracht, jedes der beiden Enden in eine Nadel eingefädelt und durch die Weich-

theile nach aussen geführt, so dass in der Haut beide Drahtenden ½" auseinanderliegen. Jetzt werden dieselben über einer in der Richtung der Arterie liegende Korkplatte allmälig zusammengedreht. Bei den Aneurysmen liess D. die ersten 3 Tage einen geringen Blutstrom bestehen, dann erst schloss er die Arterie ganz. Nach 24 Stunden war vollständige Gerinnung im aneurysmatischen Sacke eingetreten und es konnte jetzt der Draht entfernt werden. — Die Vortheile dieser modificirten »Acupressur« bestehen nach Verf. in der allmäligen Blutabsperrung und dadurch begünstigter Bildung eines Collateralkreislaufes zur Vorbeugung der Gangrän; ferner wird die Durchschneidung der Intima und so Durcheiterung des Gefässrohrs und die Möglichkeit einer Nachblutung vermieden. Der Draht kann durchgehends am 3. Tage entfernt werden. **Pilz** (Stettin).

W. Stolz. Transfusion bei Anaemie.

(Med. Bote 1875. No. 7, russisch.)

St. spricht sich kategorisch gegen die Transfusion bei acuter puerperaler Anaemie aus. Er sucht nachzuweisen, wie es bis jetzt unerwiesen sei, ob das Procentverhältniss von Heilungen nach der Transfusion grösser sei, als ohne diese Operation (?), ferner sei die Operation, selbst in Händen von Chirurgen mit Schwierigkeiten verknüpft. Verf. führt einen Fall an, in dem sich nach heftigen Nasenblutungen und einer zufälligen Verletzung während der Schwangerschaft eine acute Anaemie mit wiederholten Ohnmachten, Sinken des Pulses etc. entwickelte. Es wurde die Transfusion mit einem Robert-Collin'schen Apparate ausgeführt; das Blut wurde einer Vene des Mannes der Kranken entnommen. Rascher lethaler Ausgang. Der Mann verblutete sich fast (?), denn nach Eröffnung seiner Vene konnte der Chirurg an der Patientin lange kein genügend weites Gefäss finden, da ihre Venen stark collabirt waren. **W. Grube** (Charkow).

Morell-Mackenzie. Die Behandlung vergrösserter Drüsen durch subcutane Injection.

(British med. Assocciat. — British med. Journal 1875. Vol. II. p. 260.)

Verf. beschränkt sich in der Besprechung nur auf die Cervicaldrüsen und versichert, von den verschiedenartigst versuchten Injectionen allein die mit verdünnter Essigsäure lebhaft empfehlen zu können (Quantum und Stärke werden nicht angegeben); in 36 Fällen habe er sie erfolgreich erprobt und in der Woche nur eine Injection gemacht; sind mehrere Drüsen afficirt, dann seien sie öfter zu machen. **Pilz** (Stettin).

Nieden. Unterbindung der Carotis communis.

(Correspondenzbl. d. ärztl. Vereine in Rheinland etc. etc. 1875. No. 16. p. 53.)

Nachdem 10wöchentliche Compression der Carotis comm. sin. zur Heilung eines Aneurysma arteriae ophthalmicae (vgl. Centralbl. f. Chirurgie 1874. p. 543) ohne Erfolg angewandt worden war, unterband N. die Carotis communis. Cooper'sches Verfahren, Catgut, antiseptischer Verband. — Heilung der Wunde in 3 Tagen. Nach Verlauf eines Jahres, welches Pat. in vollkommenem Wohlbefinden zugebracht, wird constatirt, dass der Bulbus nur noch circa 1—1½ Linien vor dem der anderen Seite hervorragt. Das Auge kann wieder in normaler Weise nach aussen gedreht werden, die Pulsation und das Schwirren sind vollständig zum Stillstand gekommen. Pat. hört noch ein sausendes Geräusch von etwa ⅕ der Stärke des früheren. Sehschärfe $^{15}/_{15}$. **Madelung** (Bonn).

Adams. Traumatisches Emphysem ohne Verletzung des Thorax.

(Lancet. 1875. Vol. II. p. 129.)

Ein 8jähriges Kind wurde durch einen leichten Karren am oberen Theile des Rückens überfahren. Bei der Aufnahme im Hospitale bedeutendes Emphysem des Gesichts, der Schläfe, der Brust, der linken Rückenseite, der Bauchdecken, der Arme und Beine, ausserdem hochgradige Dyspnoë; nirgends eine Hautverletzung,

ebensowenig ein Rippenbruch aufzufinden. Unter Zunahme des Emphysems und der Athmennoth nach $1^1/_2$ Stunden Tod. Section: Bei Entfernung des Brustbeins entwich Luft aus dem Thoraxraum. Lungen sehr collabirt, die oberen Lappen blutreich; am vorderen, seitlichen Umfange jeder Lunge ein gerötheter Fleck und innerhalb desselben durch Luft ausgedehnte, nicht geborstene Lungenbläschen. Die Stelle der Ruptur wurde nicht gefunden. Trachea und Bronchien enthalten rothe schaumige Flüssigkeit; in dem fast leeren Herz nur sparsame Blutgerinnsel. Die Rippen, Rippenknorpel und Wirbel unverletzt, die Baucheingeweide normal. Wahrscheinlich hatte der Knabe mit dem Gesicht auf der Erde gelegen, als er überfahren wurde.

Pils (Stettin).

Bussard. Kyste hydatique du foie. — Guérison après une seule ponction aspiratrice.

(La Presse medicale belge 1875. No. 38.)

Verneuil. Kyste hydatique du foie. — Ponction. Sonde à demeure. Désinfection permanente.

(Revue de Thérapeut. méd. chirurg. 1875. No. 16.)

In dem von B. mitgetheilten Falle wurde bei einem 29 Jahre alten Soldaten durch die Punction der Geschwulst und Aspiration von 750 Gramm einer wässrigen, Hakenkränze enthaltenden Flüssigkeit vollständige Heilung erzielt. Bis nach 3 Monaten kein Recidiv. Bemerkenswerth war der Ausbruch eines Urticaria-Exanthems auf Bauch und Schenkeln etwa 30 Stunden nach der Operation. — Die Punction und Aussaugung von Lebercysten haben Dieulafoy, Jaccoud und Desnos empfohlen.

V. dagegen verwirft diese Methode als unsicher. Dauernde Heilung könne nur durch narbige Schrumpfung des Sackes erreicht werden. Zu dem Zwecke punctirt V. die Geschwulst mit einem dicken Troikart und führt nach der Entleerung durch die Hülse desselben eine starke elastische Gummisonde ein, welche so lange liegen bleibt, bis rings herum Adhäsionen zwischen den Peritonealblättern zu Stande gekommen sind. Alsdann werden bis zur Vernarbung der Geschwulsthöhle Einspritzungen von Carbollösung und Alkohol gemacht. Das Verfahren ergab ihm mehrfach vollständige Heilungen. — In dem letzten derartig behandelten Falle beobachtete V. ebenfalls unmittelbar nach der Punction Entwicklung von Urticaria.

Arn. Hiller (Berlin).

Birnbaum. Catgutnaht des Uterus beim Kaiserschnitt.

(Correspondenzbl. d. ärztl. Vereine in Rheinland etc. etc. 1875. No. 16. p. 16.)

Auf Grund seiner Erfahrungen bei drei Fällen von Kaiserschnitt (1 Heilung) stellt B. folgende Sätze auf. Die Catgutnaht bewirkt keine Heilung der Uterinwunde per primam intentionem. Sie ist zur Schliessung der Uterinwunde überhaupt unsicher, da sie theils keine hinreichend lange Dauerhaftigkeit hat, theils aber dadurch, dass die Knoten sich bei einiger Gewalt leicht aufziehen. Sie bewirkt aber äusserst energische, die Blutung stillende Nachwehen. Sie verhütet dadurch die Auswärtswendung der Wundränder, die zwar etwas klaffen, aber gerade gegeneinanderstehen, nicht wie sonst so oft, in dem Schleimhautrande viel enger aneinanderliegen, im Rande des serösen Ueberzugs viel weiter auseinanderfallen. Trotz ihrer geringen Dauerhaftigkeit und Haftbarkeit vermag sie daher die so gefährlichen Nachblutungen aus den Wundrändern dennoch zu verhüten.

Madelung (Bonn).

M. Günsburg. Verletzungen der Vagina.

(Sitzungsberichte der med. Gesellsch. zu Charkow 1874. Bd. II. p. 20.)

1) Eine alte Frau stiess beim Fallen in der Dunkelheit auf eine in einem Kohlenhaufen steckende Schippe, deren Stiel sie sich dabei in die Vagina eintrieb. Sofortige heftige Blutung aus den Genitalien, Ohnmacht. G. fand bei der Untersuchung einen schräg-circulären Riss der rechten Scheidenwand, welcher von der Urethralöffnung bis zur hinteren Commissur verlief. — Während der Untersuchung

— heftige Blutung, beständige Ohnmacht, tödtliche Blässe der Haut, fadenförmiger Puls. G. tamponirte sofort die Vagina mit Leinwandläppchen, die in Eiswasser angefeuchtet wurden. Als die Kranke zu sich kam, klagte sie über heftige Schmerzen in der Lendengegend und im Steiss. Nach 4—5 Tagen erholte sie sich allmälig; erneuerte Untersuchung erwies Verheilung der Risswunde.

2) Ein Bauer brachte seiner Frau — einer Idiotin — den oberen Theil eines Schnapsgläschens, welches am Halse abgebrochen war, in die Vagina hinein, 24 Stunden darauf wurde G. vom Untersuchungsrichter hinberufen. Er fand die Frau mit stark aufgetriebenem Leibe, ihre Wäsche ganz mit Blut besudelt, seit $1\frac{1}{2}$ Tagen keine Urinentleerung. Mittelst des Sims'schen Gebärmutterspiegels und einer Zange extrahirte Verf. das Glas, wobei es zerbrach und abermals die Vaginawand verletzte. Die Kranke wurde gesund, ohne bleibende Folgen der Verletzung.

Hieran anknüpfend bespricht Verf. die Casuistik der Vaginalverletzungen und zieht den Schluss, dass sie, abgesehen von den öfter zur Beobachtung kommenden Vaginalverletzungen bei geburtshülflichen Operationen, höchst selten sind, und dass die Meinung von Kiwisch, nach der nur solche Verletzungen, welche die Bulbi vestibuli betreffen, zu heftigen Blutungen Anlass geben, durch obige Fälle widerlegt wird. **W. Grube** (Charkow).

Thaden. Section eines Falles von spontaner peripherischer Harnsteinzertrümmerung.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 3. p. 594.)

Einem im 75. Lebensjahre verstorbenen Manne gingen in 16 Jahren über 500 Fragmente (22 gr.) ab, die ersten vor der Sondirung, welche 4mal gemacht, nur einmal Berührung mit einem Stein ergab. Ein fühlbares Zusammenstossen der Steine in der Blase hatte Pat. nie bemerkt, Harnbeschwerden traten nur bei Entleerung der Fragmente auf. 8 Wochen vor dem Tode kam zuerst der Katheter in Anwendung bei saurem Harn, wegen Blasenatonie, welche binnen 4 Wochen sich mit Blaseneiterung combinirte.

Bei der Section zahlreiche Blasendivertikel, welche Steinschalenstücke beherbergen; das grösste vor der linken Ureterenmündung gelegene Divertikel enthält einen haselnussgrossen Stein, die Blasenhöhle ausserdem noch 2 freiliegende taubeneigrosse. Die Divertikelsteine bestehen aus Tripelphosphaten, die freiliegenden aus einem Kern von Harnsäure und einer Umhüllung von Phosphaten.

Wilh. Koch (Berlin).

N. Stukowenkoff. Stein der Urethra.

(Annalen der chirurg. Gesellsch. zu Moskau 1875. Bd. 1. p. 295.)

Ein 46jähriger Bauer klagt über heftige Harnbeschwerden. Er leidet seit früher Kindheit an Blasensteinen, von denen schon im 5. Jahre durch Operation 3 entfernt wurden. Später einmal (im 28. Lebensjahre) Abscessbildung am Damm, Eröffnung und Entfernung eines Steines. Jetzt harter Tumor von Apfelgrösse am Perineum mit einer Fistel am unteren Ende. Die Sonde von hier aus und der Katheter von der Urethra her stossen auf einen Stein. Urinentleerung auf denselben Wegen. Entfernung des Steins durch Einschnitt. Derselbe hatte in der hypertrophirten pars bulbosa und membranacea urethrae gelegen. Excision der sclerosirten Urethralpartie. Nach einem Monat plastische Operation mit Heilung per primam, aber mit bleibender kleiner Fistel. (Cf. den sehr ähnlichen vom Ref. beschriebenen Fall in der Berl. klin. Wochenschr. 1867. No. 5, auf den auch Verf. hinweist.)

W. Grube (Charkow).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nº 44. **Sonnabend, den 30. October.** **1875.**

J. Wolff. Untersuchungen über die Entwicklung des Knochengewebes.

Leipzig, **W. Engelmann.** 1875.

Die Arbeit W.'s ist als Fortsetzung der in der Petersburger medicinischen Zeitschrift 1868 veröffentlichten Untersuchungen zu betrachten. An den Schluss der historischen Einleitung stellt W. den Satz, dass es nur eine Art der Knochengewebsbildung, nämlich diejenige aus embryonalem Bindegewebe, gebe. Er beschränkt sich in der weiteren Abhandlung zunächst darauf, die Entwicklung des Knochengewebes auf bindegewebiger Grundlage zu beschreiben. Die bindegewebige Grundlage des Knochens stimmt mit dem formlosen embryonalen Bindegewebe vollständig überein. Da dasselbe gegen die äussere Oberfläche der Knochenanlage ganz allmälig in fibrilläres Bindegewebe übergeht, so darf es nicht willkührlich in Schichten zerlegt werden. Das Gleiche gilt von der periostalen Ossification. Als vorbereitende Processe sind Erweiterung und Neubildung von Gefässen und eine Vergrösserung und Vermehrung der Zellen mit gleichzeitiger

Abnahme der faserigen Intercellularsubstanz zu verzeichnen. Wahrscheinlich wandern dabei aus den Gefässen farblose Blutkörperchen aus. Die erwähnten Zellen (Gegenbaur's Osteoblasten) fasst er mit den Zellen, aus welchen Bindegewebe und Knorpel hervorgeht, unter dem Namen Bildungszellen zusammen. Die wachsenden Gefässe drängen die Faserbündel der bindegewebigen Anlage auseinander: auf diese Weise entsteht ein Fasergerüst, welches zunächst den Bildungszellen, und später, nachdem es verkalkt, der ersten Knochensubstanz zur Stütze dient. Einzelne stärkere Fasern halten das Fasergerüst und nach ihrer Verkalkung das Gerüst der Knochenbalken zusammen, und verbinden sie mit den oberflächlichen Lagen des fibrillären Bindegewebes: Sharpey'sche Fasern, von W. Stütz- oder Verbindungsfasern genannt. Die erste Knochengrundsubstanz tritt in einiger Entfernung von den Gefässen um sie herum auf, und folgt ihnen in ihrer Ausbreitung; sie entsteht durch eine partielle Differenzirung des Protoplasma der anliegenden Bildungszellen und Sclerosirung ihrer zartfaserigen Zwischensubstanz. Gegen Waldeyer wird behauptet, die Bildungszellen gingen nicht mit ihren Kernen bei diesem Processe vollständig unter. Die Betheiligung der einzelnen Zellen an der Bildung der Knochengrundsubstanz ist eine durchaus ungleichmässige. Der Uebergangszustand des Zellenprotoplasma in letztere ist wahrscheinlich nur von kurzer Dauer. Die mit der Bildung der Knochengrundsubstanz zusammenfallende Sclerosirung derselben beruht auf einer gleichmässigen Aufnahme von Kalksalzen durch dieselbe, welcher Vorgang von der Verkalkung ausgebildeter Gewebe zu trennen ist. Mit der Verkalkung der stärkeren Faserbündel — hier bilden die Kalksalze auch einen körnigen Niederschlag, p. 42 — nehmen dieselben bedeutend an Umfang zu, und zwar unabhängig von den Bildungszellen. Die Bildungszellen selbst hält W. (gegen Strelzoff) vor ihrer Differenzirung zu Knochengrundsubstanz für nicht mit Kalksalzen imprägnirt.

Bald nach dem Auftreten der ersten Knochengrundsubstanz werden auch einzelne von den anliegenden Bildungszellen durch die Thätigkeit der benachbarten, hinter ihnen liegenden Zellen und auch in Folge des Druckes von Seiten der erweiterten Gefässe auf die Zellen als Knochenzellen in die Grundsubstanz eingeschlossen. Vollständig eingeschlossen fahren dieselben fort, durch Differenzirung ihres peripherischen Protoplasma neue Knochengrundsubstanz in ihrer Umgebung zu bilden; in Folge davon werden die Knochenhöhlen kleiner und nimmt die Entfernung der Zellen von einander zu. Junge Knochenzellen vermehren sich dabei auch noch durch Theilung. Gegenüber der vielfach angenommenen secundären Entstehung der Knochencanälchen hält W. dieselben schon bei der Einschliessung der Bildungszellen zu Knochenzellen um die Fortsätze derselben herum für in ihrer ganzen Ausdehnung vorgebildet; sie sind von einem dem Zellenkörper analogen Protoplasma erfüllt. Das Dünner- und Längerwerden der Canälchen ist durch Neubildung von Knochen-

grundsubstanz an den Wandungen der Canälchen in Folge fortgesetzter Umwandlung der peripheren Schichten der in ihnen verlaufenden Zellenfortsätze zu erklären. Die Frage, ob die Zahl der Knochencanälchen und die Menge ihrer Anastomosen mit der Entwicklung zunimmt, kann nur schwer durch directe Zählungen beantwortet werden. Aus Vergleichung der sichtbaren Knochencanälchen verschieden alter Knochenkörperchen mit einander an entsprechend behandelten Schnitten ist W. zu der Ueberzeugung gelangt, dass Zahl und Menge dieselbe bleibt, nur die Objecte bei ausgebildeten Knochenkörpern in der stark sclerosirten Grundsubstanz deutlicher sichtbar sind. Die bei längerer Einwirkung von Säuren in der Knochengrundsubstanz um die Knochenkörper herum auftretenden Contouren bezeichnen ebenso, wie die durch Kochen in Wasser isolirbaren Schichten der Grundsubstanz die sogenannten Wandungen der Knochenhöhlen und Canälchen, besonders dichte Theile der Knochengrundsubstanz, welche vollkommene Analoga der Knorpelkapseln darstellen. Abwechselnd wird die Bildung einer zellenlosen und zellenhaltigen Knochengrundsubstanz wiederholt; dieses ist die Ursache der schichtweisen Anordnung des Knochengewebes in Lamellen, wobei die in eine Reihe zu liegen kommenden Zellen gleichsam die Grenzen der Lamellen bilden. Die Anordnung der Knochenkörper aber ist wesentlich von den Capillargefässen abhängig, und die durch sie bedingte Lamellenbildung entspricht an Längsschnitten dem Verlauf und an Querschnitten der Peripherie der Gefässe. Die Ursache der zeitweilig unterbrochenen Einschliessung der Bildungszellen zu Knochenkörperchen sucht W. in einer zeitweiligen, gleichmässigen Erweiterung der Gefässe auf gewisse Strecken (gegen Gegenbaur und Waldeyer). Die Lamellenbildung beruht nicht auf einer Unterbrechung in der Bildung der Knochengrundsubstanz.

Den Aufbau des Knochengewebes und die Entstehung der Gefässcanäle hat W. besonders an successiven Längs- und Querschnitten durch die ganze Dicke von Röhren- und Schädelknochen verfolgt. An embryonalen Schädeldeckknochen sieht man, dass die Knochenbalken, welche sich dem Verlaufe der Gefässe entsprechend um die stärkeren Faserbündel anbilden, auf Kosten des zellenreichen Bildungsgewebes an ihren Enden länger werden, und dass neue Knochenbalken nur im Zusammenhange mit früher gebildeten und von ihnen aus entstehen und weiterwachsen. In ganz gleicher Weise nimmt das subperiostale Knochengewebe der Röhrenknochen gegen das Periost an Dicke und zugleich gegen die Epiphysen an Länge zu. Die scheinbar nur aus Zellen bestehenden Fortsetzungen an den Enden der Knochenbalken erklärt W. (gegen Waldeyer) für von der Fläche gesehene und mit Bildungszellen bedeckte Knochenbalken. Die letzten Seiten sind dem Nachweis für die Eingangs aufgestellte Behauptung gewidmet, dass die Knochenbildung in knorplig präformirten Knochen in gleicher Weise erfolgt. **Ranke** (Halle).

A. Bidder. Neue Experimente über die Bedingungen des krankhaften Längenwachsthums von Röhrenknochen, nebst Bemerkungen über Knochenbildung.

(Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 4.)

Verf. legte sich die Frage vor, ob ein künstlich vermehrtes Längenwachsthum, wie man es durch Einschlagen von Elfenbeinzapfen in die Diaphyse eines Röhrenknochens hervorrufen kann, im Stande ist, die physiologische Thätigkeit eines functionell gestörten Epiphysenknorpels zu ersetzen. Die Frage hat deshalb eine grosse praktische Bedeutung, weil die künstliche Verlängerung gerade häufig bei Kindern angestrebt werden muss, bei denen eine Störung des Epiphysenknorpels zu einer Verkürzung geführt hat. — B. fand nun, dass das Einlegen von Elfenbeinstiften wohl im Stande ist, ein gesteigertes Längenwachsthum einer Kaninchen-Tibia zu bewirken; doch bleibt der Knochen stets kürzer, wenn eine traumatische Absprengung der oberen Epiphyse stattgefunden hat. — Es werden sodann einschlägige Beobachtungen von Ollier und Letenneur angeführt, welcher letztere ein vermehrtes Längenwachsthum einer Tibia auf den Reitz einer Silbersutur zurückführt; ferner die Arbeit von Poncet über den Einfluss der Ostitis auf das Längenwachsthum. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand B. die Elfenbeinstifte vielfach arrodirt, tiefe in die Elfenbeinmasse eindringende Löcher und Gänge, und diese in den dicht am Elfenbein anliegenden Theile mit Mark, weiter zurück aber mit neugebildetem Knochengewebe ausgekleidet. Eine nähere Beziehung der Riesenzellen zur Resorption des Elfenbeines fand B. nicht. Das Auftreten von Knochensubstanz in den Lakunen der Elfenbeinzapfen lässt es bei Pseudarthrosen räthlich erscheinen, die Zapfen dauernd zurückzulassen und nicht nach einiger Zeit herauszureissen.

(Ref. hat in seiner vom Verf. citirten Arbeit (Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XIV. p. 201) das Reizungswachsthum wiederholt bei den bekannten Versuchen gesehen, so in einem, l. c. erwähnten Falle bei einfachem Einbohren von Platinadrahtstiftchen eine Verlängerung der Tibia von 5 Mm.)

Maas (Breslau).

C. Gussenbauer. Die Knochenentzündungen der Perlmutterdrechsler.

(Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 4.)

Anknüpfend an die zuerst von Englisch (Wien. med. Wochenschrift 1870) beschriebene Knochenentzündung der Perlmutterdrechsler giebt G. zuerst eine Beschreibung der Arbeitsweise und der chemischen Beschaffenheit des in den Arbeitsräumen befindlichen Perlmutterstaubes nach Analysen von Klauser. Es enthält im Wesentlichen CO_2CaO und circa 10 % organische Substanz, reich an Stickstoff,

von Frémy Conchiolin genannt. Dieser Perlmutterstaub dringt in die Lungen, der CO_2CaO wird gelöst, das in den Gewebsflüssigkeiten unlösliche Conchiolin bleibt zurück. Nach G.'s Ansicht gelangt nun das Conchiolin in den Kreislauf (?), sammelt sich in den Markcapillaren der Knochen, embolisirt die Capillaren in den Diaphysenenden event. den kleinsten Arterien und führt so zum Infarct. Aus der primären Osteomyelitis entwickelt sich dann die Ostitis, Periostitis und Gelenkentdung. Verf. möchte deshalb der Erkrankung den Namen Conchiolin-Osteomyelitis geben und sucht zur Kräftigung seiner Hypothese nach der noch nicht gefundenen Hornsubstanz-Osteomyelitis, welche bei der Inhalation von Hornstaub vorkommen müsste. Experimentell gelang es nicht, bei Kaninchen durch Inhalation von Perlmutterstaub ähnliche Erkrankungen hervorzurufen. — Den Verlauf und die Therapie erläutern die 6 folgenden in der Billroth'schen Klinik beobachteten Fälle:

1) Pat. 15 Jahr alt, 3 Jahre Perlmutterdrechsler, war vor seiner Aufnahme in die Klinik bereits 6 Mal erkrankt. Er kam mit einer Entzündung der rechten Unterkieferhälfte 3 Monate vor seiner Aufnahme poliklinisch in Behandlung; Einreiben mit Ung. ciner. brachte in 6 Tagen Heilung. Am 30. August 1871 war Anschwellung des ganzen Unterkiefers mit Ausnahme der Gelenkfortsätze vorhanden; Schmerz, welcher vor der Bildung der Geschwulst in der Tiefe des Knochens sass, nur noch zeitweise; die Geschwulst schmerzt auf Druck und bei den sehr beschränkten Kieferbewegungen. Rasche Resorption erfolgte bei Einreibung von grauer Salbe und feuchtwarmen Umschlägen. Pat. hatte durchaus normale Zähne. Am 18. März 1872 hatte Pat. eine Anschwellung des linken Vorderarms; zu Neujahr 1873 Schmerz wieder im linken Vorderarm mit nachfolgender Anschwellung der unteren Diaphysenenden der Ulna und des Radius, dann auch der oberen Diaphysenenden; Hand und Ellenbogengelenk bei Bewegung schmerzhaft; dieselbe Therapie und Erfolg wie oben.

2) Pat. 17 Jahre alt, 2 Jahre Perlmutterdrechsler, am 3. Octbr. 1871 aufgenommen, bekam 2 Monate vor seiner Aufnahme unter Schmerzen Anschwellungen beider Vorderarmknochen über den Handgelenken; 8 Tage später Schmerzen mit folgender Anschwellung des vordern Theils des rechten Fusses (Verf. schreibt »Vorderfuss«! Ref.); bei seiner Aufnahme Anschwellung der unteren Diaphysen beider Radii und Ulnae von fester Consistenz wie fibröses Gewebe, scharf gegen die Epiphysen abgesetzt; Heilung bis zum 16. November.

3) Pat. 16 Jahre alt, 3 Jahre in der Fabrik beschäftigt, aufgenommen den 14. November 1871, bekam 14 Tage vor seiner Aufnahme Schmerzen und Anschwellung des linken äusseren Knöchels, an dem sich eine fluctuirende, 3 Finger breit hinaufreichende, scharf abgesetzte Geschwulst befand. Heilung unter feuchtwarmen Umschlägen mit rascher Resorption der Flüssigkeit bis zum 23. Decbr.

4) Pat., 15 Jahre alt, 1½ Jahre in der Fabrik, hat seit seinem 5. Jahre zeitweilig an Anschwellungen seines rechten Ellenbogengelenks gelitten. Seit Monaten entwickelte sich eine Anschwellung der rechten Ulna unter dem Olecranon, die bei seiner Aufnahme am 1. Decbr. 1873 fibrös derb war, auf Druck schmerzhaft und sich bis zum 8. Januar 1874 bis auf eine haselnussgrosse, knochenharte Stelle bei Anwendung der feuchten Wärme verlor.

5) Pat., 14 Jahre alt, 2 Jahre Perlmutterdrechsler, zeigte nach einander folgende Knochenerkrankungen: 1) Ostitis ossium metatarsi IV et V pedis sin. mit folgender Anschwellung der Tibia, welche erst nach Darreichung von Jodkali, 1 Grm. pro die verschwand; Heilung am 7. Octbr. 1872. 2) Ostitis ulnae sin. zuerst im Decbr. 1873, recidivirend im Februar und im Mai 1874. Während der Beobachtung entwickelte sich Osteomyelitis, Ostitis und Periostitis; Eisbehandlung erfolglos, dagegen schneller Erfolg bei Einreibung von grauer Salbe und Jodkaligebrauch. 3) Ostitis scapulae sin. fand sich am 5. Octbr. 1874; Heilung bis zum 30. Nov., Therapie: feuchte Wärme, Ung. ciner; Jodkalium. 4) Ostitis humeri sin., ossis cuboidei sin. et ossis tali dextr. bei seiner Aufnahme am 21. Decbr. 1874; später noch Entzündungen des II., III., IV. Metatarsus, des Unterkiefers; Heilung am 9. März 1875. —

Alle Patienten fieberten, so lange die Krankheitserscheinungen im Zunehmen waren. Die Patienten erholten sich aber stets sehr schnell und boten in keinem Falle die Symptome einer Dyskrasie.

Fall 6 wurde ambulatorisch behandelt: Pat., 18 Jahre alt, 3½ Jahre Perlmutterdrechsler, früher an beiden linken Vorderarmknochen über dem Carpus erkrankt, kam mit einer fluctuirenden Geschwulst unter dem linken Trochanter major, 4 Zoll nach abwärts reichend, in Behandlung. Nach 2 Wochen war bei der Therapie wie im Fall 5 nur noch eine Verdickung des Periosts wahrzunehmen.

Aus den sich noch an die Krankengeschichten anknüpfenden Bemerkungen heben wir hervor, dass G. die wiederholten Erkrankungen selbst eines Knochens im Ganzen nicht als Recidive, sondern als Neuerkrankungen aufzufassen geneigt ist. — **Maas** (Breslau).

L. Lesser. Transfusion und Autotransfusion.

(Sammlung klinischer Vorträge No. 86.)

Die Thatsache, dass ein künstlich plethorisch gemachter Hund, der von einem andern durch unmittelbare Transfusion vielleicht das doppelte seines ursprünglichen Blutquantums (zu 7 % des Körpergewichts berechnet) erhalten hat, ohne directe Schädigung seines Wohlbefindens, mit der stark vermehrten Blutfülle weiter lebt, führt zu der Frage, an welchen Orten der Organismus diese vermehrte Blutmenge beherbergt. Blutaustritte, mit Ausnahme höchstens steck-

nadelkopfgrosser Ecchymosen, kommen selten vor (Worm Müller und Verf.).. Ebensowenig erfolgen Exsudationen in seröse Höhlen oder Bindegewebsspalten oder ein stärkeres Fliessen der Lymphe im Ductus thoracicus, wovon man sich durch Aufnahme der Lymphe während der Versuche überzeugt hat.

Es bleibt also der grösste Theil des zugeführten Blutes in den Gefässbahnen und zwar, wie mit Sicherheit anzunehmen, in den Capillaren, den kleinen Venen und den kleinen Arterien. Diese Bezirke sind auch in den einzelnen Organen schon innerhalb der physiologischen Breite höchst verschieden gefüllt und bilden gleichsam Reservoire, welche bedeutende Blutmengen aufnehmen können.

Noch sichereren Aufschluss über obige Verhältnisse giebt uns das Verhalten des arteriellen Druckes (Worm Müller).

Bei Transfusion von 2—4 % des Körpergewichtes steigt der Blutdruck in geringem Grade und vorübergehend, um bald zur ursprünglichen Höhe zurückzukehren. Weitere Zufuhr bis zum Zwei- und Dreifachen der ursprünglichen Blutmenge kann den Blutdruck nicht mehr in die Höhe bringen; dasselbe Verhältniss findet statt bei Transfusionen an verbluteten Thieren.

Dieses hochgradige Adaptionsvermögen des Gefässsystems scheint die Besorgnisse einer dauernden gefährlichen Steigerung des Blutdruckes bei Transfusionen am Menschen zu widerlegen. Nur etwa bei chronischer Anaemie mit bereits vorhandenen Erkrankungen am Gefässapparat oder bei solchen Leiden innerer Organe, wo jede augenblickliche Drucksteigerung an sich schon Gefahr bringt, wäre eine solche zu fürchten. — Nach unsern Anschauungen muss auch der depletorische Aderlass (ausser etwa bei Vergiftungen) bei der Transfusion wegfallen, wie auch theoretisch in derselben Weise die Befürchtungen bei Anwendung der Esmarch'schen Einwicklung (Ueberfüllung der übrigen Blutbahnen) zurückzuweisen wären, wenn nicht schon die Praxis hierüber entschieden hätte.

Im Experiment lässt sich ferner keine Aenderung der Leistungsfähigkeit des Herzens und keine Blutüberfüllung der Lunge nachweisen. Dagegen erfolgt bei grosser Blutzufuhr eine Blutstauung rückwärts von den Hohlvenen, Blutfülle der sichtbaren Schleimhäute, der sichtbaren Hautvenen, Spannung des Abdomen und Tenesmen, häufig mit Blutbrechen und blutigen Diarrhoeen, also Stauung bis in die Wurzeln der Pfortader hinein. Verf. betont daher, wie wichtig es sei, bei Transfusionen eine gründliche Voruntersuchung der Abdominalorgane vorzunehmen. —

Noch bedeutsameren Aufschluss über die Blutmenge und ihre Vertheilung im Organismus liefern uns die Resultate von Verblutungen blutüberfüllter Thiere.

Ein blutüberfülltes Thier verliert durch tödtlichen Aderlass, d. h. bis der arterielle Druck=0 geworden ist, nicht mehr als 4—6 % seines Körpergewichtes an Blut, oder eben soviel wie ein solches mit normalem Blutquantum. So kann bei tödtlicher Verblutung das Thier

doch noch mehrere Hunderte von Grammen über die normale Blutmenge besitzen, der Tod oder der tödtlich tiefe Stand des arteriellen Druckes tritt schon da ein, wo nicht einmal die ganze transfundirte Blutmenge wieder abgeflossen ist. Künstlich blutreich gemachte Thiere werden also gleichsam empfindlicher gegen Blutverlust. Diese Beobachtungen beweisen für die Therapie die wichtige Thatsache, dass bei Blutverlusten das Individuum nicht sowohl aus Mangel an Blut, als aus Mangel an Blutbewegung stirbt. Beim Sinken des arteriellen Druckes und Aufhören der vis a tergo bekommt das Herz und damit das Hirn kein Blut mehr. Je blutreicher aber das Individuum vorher war, desto mehr Blut wird noch im Organismus vorhanden sein, und desto sicherer wirkt die Therapie, welche das restirende Blut zur Erhöhung des arteriellen Druckes zu verwenden sich bestrebt durch Schieflegen des Körpers mit dem Kopf nach abwärts, durch Ausdrücken, Massiren der Extremitäten, noch besser durch systematische Esmarch'sche Einwicklung derselben, sodann durch Kneten des Abdomen und Compression des Thorax.

Diese von den Franzosen als Autotransfusion kurz bezeichneten Massnahmen werden in folgenden Fällen ihre systematische Anwendung finden und dürften wesentlich das Gebiet der Transfusion einschränken.

1) Bei Blutverlusten mässigen Grades mit oft unerklärlichem Collaps als Ersatz der Transfusion oder wenigstens als Vorversuch vor derselben.

2) Bei Anämischen. Vor und nach Operationen, die mit einem neuen Blutverlust verbunden sind.

3) Wenn bei Anämischen zu operativen Zwecken die Narkose eingeleitet werden soll, da der arterielle Druck durch das Chloroform schon an sich beträchtlich herabgesetzt wird.

4) Als Voract einer bei hochgradigen Blutverlusten unumgänglichen Transfusion in der Zeit der hierzu nöthigen Vorbereitungen. Sichert oft ganz allein einen Erfolg der unternommenen Bluteinspritzung. Auch als diagnostisches Mittel kann die Autotransfusion dienen. Wenn z. B. ihre Wirkung gegenüber der Intensität des Collapses bedeutend ausfällt, so beherbergt der Organismus gewiss auch eine bedeutende Blutmenge, und wir können häufig dann auf eine Blutzufuhr von aussen verzichten.

Die Bemerkungen über unmittelbare und mittelbare Transfusion, über Verwendung des defibrinirten und ganzen Blutes, über Thierbluttransfusion bei Menschen und einige Winke über die Technik müssen im Original nachgesehen werden. **Pagenstecher** (Elberfeld).

A. Hiller. Ein experimenteller Beitrag zur Lehre von der organisirten Natur der Contagien und von der Fäulniss.*)

(Arch. f. klin. Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 4.)

H. isolirte die Bacterien aus faulenden Eiweisslösungen, verdünntem Blutserum, Fleischwasser und Pasteur'scher Lösung durch

*) Vortrag, gehalten in der 2. Sitzung des IV. Congresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, am 8. April 1875.

Filtration mit Thonbechern und Auswaschen mit destillirtem Wasser, Diffusion durch thierische Membranen, Ausfällen u. s. w. und hielt dieselben für noch lebensfähig, weil sie sich in Cohn'scher, gekochter Nährflüssigkeit vermehrten. Bei täglicher Injection einer 1/2 Pravaz'schen Spritze bekamen die Versuchsthiere, Hunde und Kaninchen, weder Fieber, noch mit Ausnahme eines leichten Oedems locale Erscheinungen. — Auch an sich selbst hat H. sowohl Impfungen, als auch die Injection von 0,5 Grm. der bacterienreichen Flüssigkeit ohne Schaden gemacht. H. hält deswegen die Bacterien nur für häufige, vielleicht constante Begleiter der accidentellen Wundkrankheiten, welche das septische Gift als Träger desselben verbreiten und vielleicht auch (ist aber nach Verf. unwahrscheinlich) erzeugen oder reproduciren können; dagegen leugnet er jede selbstständige mechanische Action. Schliesslich theilt H. nocheinige Versuche über Fäulniss mit. Er injicirte mit allen Cautelen bis 0,2 seiner Isolationsflüssigkeit in Hühnereier, fand diese nach mehreren Tagen nicht faulend, woraus er schliesst, dass die Bacterien der Fäulniss die physiologischen Erreger der Eiweisszersetzung nicht sind und das thierische Eiweiss in unzersetzter Form nicht assimiliren können. Ferner spritzte H. in Hühnereier bacterienhaltige Pasteur'sche Lösung und schliesst aus dem Nichtfaulen derselben, dass höchst wahrscheinlich auch bei der Vegetation der Bacterien keine Stoffe gebildet werden, welche die Zersetzung der Eiweisskörper zu bewirken im Stande sind. — Ferner legte Verf. Eier in faulende Flüssigkeiten, fand sie nach 10 Tagen noch frisch, und hält (wenigstens das atmosphärische) Fäulnissferment für einen festen organischen Körper. Endlich infundirte Verf. Zimmerstaub mit destillirtem Wasser. Es entwickelte sich Trübung; die Flüssigkeit wurde in Hühnereier injicirt und bewirkte zum Theil stinkende Fäulniss, entwickelte in Züchtungsflüssigkeit Bacterien und faulte. Es führt also die Luft Bacterienkeime, ferner ist der Staub unserer Luft Träger eines Fäulnissfermentes, welches jedoch nicht in den Bacterien zu suchen ist, und schliesslich führt der Staub fäulnissfähige organische Substanz.

(Bezüglich der Beweisfähigkeit der zuerst referirten Versuchsreihe möchte Referent anführen, dass neben der geringen Quantität die Controlversuche auf die Infectionsfähigkeit der ganzen faulenden Flüssigkeit fehlen.) **Maas** (Breslau).

De Sinéty. Sur l'epithélium de l'utérus.

(Société de Biologie. Séance du 15. Mai 1875. — Gaz. méd. No. 22.)

Im Collum sämmtlicher von ihm untersuchten, den verschiedensten Lebensaltern angehörigen Uteri fand Verf. die eigenthümlichen Bechetzellen, die nach Friedländer's Angabe nur im kindlichen Alter vorkommen. Dieselben sind weniger sphärisch als an anderen Körperstellen, zeigen aber sonst dieselben Eigenschaften und secer-

niren den characteristischen zähen Schleim, der sich stets in wechselnder Quantität im Collum uteri vorfindet. Nach oben gehen diese Becherzellen in Cylinderepithel über, an welchem Verf. im kindlichen Organ nirgends Flimmercilien entdecken konnte. — Analoge Verhältnisse wie beim Menschen fand de S. beim neugebornen Meerschweinchen und beim erwachsenen Kaninchen. Bei ersterem hatten jedoch die Becherzellen eine weit weniger oblonge Form als im kindlichen Uterus. — **O. Volkmann** (Kettwig).

Grainger Stewart. On abdominal abscess.

(Med. tim. and gaz. 1875. Juli 31. p. 115.)

Klinischer Vortrag über Aetiologie, Diagnose, Verlauf und Therapie der Abscedirungen in der Leibeshöhle. Nachdem (durch Punction) die Anwesenheit von Eiter festgestellt ist, soll unter antiseptischen Cautelen incidirt werden; die Vorzüge des antiseptischen Verbandes haben sich Verf. vielfach bewährt. Von den mitgetheilten Krankengeschichten verdient Erwähnung: Perinephritis rechts, bei einer alten Frau; Incision nach Annandale; Tod 24 Stunden später. Vollständiger Verschluss des rechten Ureter durch einen am unteren Ende festgeklemmten Stein; vereiterte Hydronephrose. Andere Niere gesund, daher Urin normal. **Ranke** (Halle).

A. Bergeron. Du traitement des fistules anales par la ligature élastique.

(La France médicale 1875.)

Die Behandlung von Mastdarmfisteln mit der elastischen Ligatur (Dittel) empfiehlt sich nicht nur durch vollständige Ungefährlichkeit (Blutung, Eiterung und Fieber treten nicht ein), sondern auch dadurch, dass die Patienten dabei ungestört ihrer Beschäftigung nachgehen können. Man benutzt am besten einen soliden Gummifaden, den man mittelst einer geöhrten Sonde einführt und fest knotet; Drainagerohre sind weniger brauchbar.

Obwohl der Schmerz in den ersten Stunden nach der Operation ziemlich heftig zu sein pflegt, ist Narkose doch durchaus nicht nöthig.

Am 4. bis 7. Tage pflegt der Faden durchzuschneiden; Einführung von Wieken etc. ist nicht nöthig, da die Wundflächen, mit nekrotischem Gewebe bedeckt, durchaus nicht zur Verklebung neigen. Nach einem Monat pflegt die Vernarbung beendet zu sein. Bei blutarmen Personen, bei Frauen und in allen den Fälllen, wo die Fisteln hoch hinauf gehen, ihre Spaltung demnach mit starker Blutung verbunden sein würde, sollte man stets die elastische Ligatur anwènden.

A. Genzmer (Halle).

Davies Colley. Varicose veins of the lower extremity treated by excision.

(Guy's Hospital Reports 1875. p. 431.)

Ermuntert durch die Erfolge der Lister'schen Behandlung bei Eröffnung der Gelenke und Sehnenscheiden führte Verf. in 2 Fällen die Excision von Varicen am Unterschenkel aus, unter Anwendung des Lister'schen Verfahrens.

1) 34jähriger Mann litt seit $2^1/_2$ Jahren an varicösen Anschwellungen beider Unterschenkel. Alles Bandagiren war erfolglos und Pat. gezwungen, seine Beschäftigung, bei der er viel stehen musste, aufzugeben.

Die Venen waren beiderseits ausserordentlich ausgedehnt. Ganz besonders aber prominirte ein $4^1/_2$ Zoll langes, $2^1/_2$ Zoll breites Convolut an der inneren Seite des rechten Unterschenkels. Die vielfach geschlängelte Vene hatte fast die Dicke eines kleinen Fingers.

Unter Anwendung der Esmarch'schen Blutsperre und des Lister'schen Carbol-Spray wurde der Varix mit einem 5 Zoll langen Schnitte blossgelegt, zuführendes und abführendes Ende mit Catgut unterbunden und das ganze Convolut herausgeschnitten. Dasselbe lag der Vena saphena interna auf, stand indessen in keiner sichtbaren Verbindung mit derselben. Heilung unter Lister's Verband, ohne febrile Symptome. Pat. nach 6 Wochen geheilt entlassen.

2) 22jährige Frau litt an einer 2 Zoll langen, $1^1/_4$ Zoll breiten varicösen Venen-Geschwulst an der Innenseite des linken Knies.

Unter Carbol-Spray wurde der Varix blossgelegt, oben und unten mit Catgut unterbunden und herauspraeparirt. Heilung ohne Zwischenfälle in 4 Wochen.

Verf. will hiermit keine neue Operationsmethode erfunden, vielmehr das bereits von Celsus empfohlene, von vielen englischen Chirurgen geübte, wegen der Gefahr der Entzündung und der Pyaemie aber in Misscredit gerathene Verfahren wiederum zu Ehren gebracht haben. Seine Vorzüge vor der viel angewandten Acupressur bestehen in der Vermeidung der Entzündung, sowie besonders in der Sicherheit, welche dasselbe gegen eine Erweiterung der nächstliegenden durch die Acupressur nicht verschlossenen Venen bietet.

Lossen (Heidelberg).

P. Berger. Du traitement des ulcères de jambe par l'incision circonférentielle.

(La France médicale 1875.)

Die Nussbaum'sche (?) Methode der Behandlung alter varicöser Fussgeschwüre mit Umschneidung soll nach B. bereits längere Zeit vorher von Dolbeau in Paris mit ausgezeichnetem Erfolg angewandt sein.

Die durch die Umschneidung erzielte Erleichterung der Narben-

contraction und die theilweise Versetzung des Regenerationsprocesses in gesunde Gewebe sind erst in zweiter Linie als Vortheile der Umschneidung anzusehen; in der localen Alteration des Blutkreislaufes, die durch den stark blutenden Schnitt hervorgerufen wird, sieht Verf. das hauptsächlich wirkende Moment. Infiltrationen, Stasen und Stauungen innerhalb der callösen Gewebe der Geschwürsumgebung sollen dadurch gehoben werden; Verf. macht auf das Analoge der Behandlung mancher Hornhautgeschwüre durch Peritomie aufmerksam.

Ein starkes Klaffen der Wundränder ist nicht anzustreben; sie sollen möglichst frühe verkleben.

Verf. rühmt die Seltenheit der Recidive nach Circumcision. Die Narbe bleibt stets frei von Ulcerationen, sollten sich solche auch am andern Bein oder in der Nähe des geheilten Geschwürs einstellen.

A. Genzmer (Halle).

G. Howse. Genu valgum treated by excision of the knee-joint.

(Guy's Hospital Reports 1875. p. 531.)

Ein 12jähriges Mädchen hatte nach dem Keuchhusten eine Schwäche im rechten Kniegelenk zurückbehalten, welche allmälig in Folge abnormer Belastung zu folgender Deformität des Gelenkes führte. Steht Pat. aufrecht, die Füsse parallel neben einander, so ist das rechte Knie soweit nach aussen von der Mittellinie gerückt, dass zwischen ihm und dem normalen linken ein Abstand von circa 4 Zoll besteht. Das rechte Bein bildet einen nach innen offenen Winkel von 160°. (Ein genu varum also, nicht valgum. Ref.). Bei Bewegungen fällt die ausserordentliche Schlaffheit des Bandapparates auf. In der Beugestellung gestattet dieselbe den Unterschenkel um $^1/_4$ Kreisbogen nach innen zu rotiren, so dass der äussere Fussrand gerade nach vorn sieht. Das Gehen ist in Folge dessen sehr unsicher, Pat. muss sich stets eines Stockes bedienen und fällt auch hiermit noch oft genug zu Boden.

Von anderen Mitteln sich wenig Erfolg versprechend, führte Verf. die Resection des Kniegelenkes aus. Es zeigte sich hierbei, dass neben der enormen Schlaffheit der Bänder eine Wachsthumsanomalie des Femur bestand. Während der Condyl. ext. femur. vollkommen entwickelt ist, bildet der internus nur eine sehr geringe Prominenz, in welcher sich noch kaum ein Knochenkern entdecken liess. Um diese schiefe Gelenkfläche in eine horizontale umzuwandeln, musste mittelst der Butcher'schen Säge vom Condyl. ext. ein ziemlich bedeutendes Stück entfernt werden, während am inneren Condylus nur eine dünne Knorpelscheibe abfiel. Von der Tibia wurde nur die überknorpelte Fläche abgetragen. Die ganze Operation geschah unter Carbol-Spray und mit Anwendung des Esmarch'schen Verfahrens. Lagerung des resecirten Beines auf eine unterbrochene Eisenschiene; Lister's Verband. Heilung ohne

besondere Zwischenfälle. Die Eiterung dauerte an der inneren Seite, wo der noch knorpelige Condylus lag, länger als an der äusseren. Pat. nach $4^1/_2$ Monate entlassen, konnte mit Hülfe eines Stockes gehen. Verkürzung 1 Zoll. Drei Monate später ging das Mädchen ohne Stock.

Lossen (Heidelberg).

Kleinere Mittheilungen.

Cooper Forster. Surgical Records.

(Guy's Hospital Reports 1875. Vol. XX.)

Dem Berichte über 81 verschiedene Fälle entnehmen wir die folgenden:

I. Aneurysmen der Arteria poplitea. (Fall 15 u. 16.)

1) 38jähr. Pflasterer. Atheromatose fast sämmtlicher palpabler Arterien. Compression beider Femorales mit Finger, Tourniquets und Gewichten. Rechts vorübergehende Besserung. Links status idem. In Anbetracht des Allgemeinzustandes der Arterien wurde von der Ligatur abgesehen.

2) 40jähr. Arbeiter. Geschwulst bestand seit 3 Monaten. Keine Herzgeräusche. Digital- und Instrumentalcompression der Femoralis 5—6 Wochen lang. Aufhören der Pulsation. Tumor hart und klein.

II. Hernien. (Fall 19—28.)

1) Incarcerirte Femoralhernie. Operation. Heilung. No. 19.

53jähr. Wittwe; bekam vor 6 Monaten rechtseitigen Schenkelbruch; trug kein Bruchband. Seit 12 Stunden Verstopfung und Schmerzen in der Leistengegend. Sie hatte sich nicht überangestrengt. Taxis erfolglos. Herniotomia interna. Bruchsack dunkelroth, ebenso Bruchwasser, aber klar. Heilung per prim. intent.

2) Incarcerirte Femoralhernie. Operation, Heilung. No. 20.

44jähr. Frau; hatte dreimal geboren; leidet an häufigem Gallebrechen. Bei solchen Anfällen bemerkt sie in den letzten 12 Monaten, dass ein kleiner Knoten an der rechten Leiste hervortritt, welcher schmerzt, während der Nachtruhe aber wieder verschwindet. Vor 12 Tagen war er wiederum herausgetreten; Pat. hatte in kurzer Zeit 5 Stühle, von da ab Verstopfung. Bei der Aufnahme heftige Leibschmerzen, Tympanitis, lebhafte, deutlich sichtbare peristaltische Bewegungen. Zunge belegt, ab und zu Erbrechen ohne fäculenten Geruch. Unter dem rechten Lig. Poup. kleiner, harter Knoten. Herniotomia interna. Bruchsack entleert klares Serum. Im Halse eine kleine Darmschlinge eingeklemmt. Reposition; Heilung nach 6 Wochen.

3) Inguinalhernie. No. 24.

11jähr. Pat., vor einem Jahre durch Ueberfahren an der linken Seite des Unterleibes verletzt. Drei Tage vor der Aufnahme kam der Bruch ohne Veranlassung zum ersten Male hervor. Taxis erfolglos. Eisumschläge. Anderen Tages ist die Hernie spontan verschwunden.

4) Incarcerirte Inguinalhernie; Reposition durch Taxis nach Anwendung von Eis und Opium. No. 25.

57jähr. Mann. Bruch seit 20 Jahren. Nie Bruchband getragen. 10 Stunden vor der Aufnahme Hernie vorgefallen, 1 Stunde später Erbrechen und heftige Schmerzen, die sich fortwährend steigerten. Kopfgrosse, rechtseitige Scrotalhernie. Taxis erfolglos. Eisumschläge, Opium. (15 Tropfen Tinctur.) 3 Stunden später bei nochmaliger Taxis Bruch leicht reponirbar.

5) Incarcerirte Inguinalhernie; spontanes Zurückgehen nach Anwendung von Eis und Opium. No. 26.

50jähr. Maurer. Bruch seit Kindheit, stets durch Bruchband zurückgehalten. Einige Stunden vor der Aufnahme war derselbe während heftiger Anstrengung

vorgefallen. Sehr bald starke Schmerzen; kein Erbrechen. Linkseitige, orangegrosse Leistenhernie, vollkommen weich. Taxis erfolglos. Eisumschläge, Opium (2stündl. 0,06). Am anderen Morgen bei dem Erwachen war die Hernie von selbst zurückgegangen.

6) Incarcerirte Leistenhernie; Reposition durch Taxis nach Anwendung von Eis und Opium. No. 27.

22jähr. Musikant. Bruch besteht seit 3 Jahren, war stets reponibel. Kein Bruchband. 7½ Stunde vor der Aufnahme war die Hernie wieder vorgefallen und liess sich nicht zurückbringen. Alsbald Schmerzen und Erbrechen. Grosse rechtseitige Scrotalhernie. Zunge belegt, Aussehen schlecht. Taxis erfolglos. Eisumschläge und Opium (0,06). Anderen Tages gelang die Taxis ohne Mühe.

7) Incarcerirte Leistenhernie. Spontane Reduction nach Anwendung von Eis und Opium. No. 28.

18jähr. Arbeiter. Bruch bestand seit der Kindheit. Bruchband bis zum 6ten Jahre getragen. Später erschien der Bruch zeitweise, war indess immer reponibel. 5 Stunden vor Aufnahme Hervortreten der Hernie. Grosse rechtseitige Scrotalhernie, weich, aber schmerzhaft. Häufiges Erbrechen. Taxis erfolglos. Eis und Opium (4stündl. 0,06). Anderen Tages ging der Bruch spontan zurück.

III. Ovariotomieen. (Fall 40—44.)

1) Ovariotomie; Heilung. No. 40.

31jähr. Frau, Mutter von 5 Kindern. Vor 17 Monaten bemerkte sie eine allmälig wachsende Anschwellung des Abdomens. Punction vor 6 Monaten. Bei der Aufnahme: grosser, deutlich fluctuirender Tumor im Unterleib; Aussehen der Pat. gesund. Ovariotomie. Keine Adhäsionen, geringe Blutung. Stiel in Klammer gelegt. Cyste enthielt eine Menge kleiner Secundärcysten. Wundverlauf ohne Störung. Klammer löst sich am 12. Tage. Pat. nach 6 Wochen geheilt entlassen. 7 Monate nach der Operation gebar sie ein gesundes Kind, war demnach wahrscheinlich schwanger während der Operation.

2) Ovariotomie; Heilung. No. 41,

43jähr. ledige Frau, bemerkt die Anschwellung des Leibes seit 9 Monaten. Untersuchung ergiebt einen 2-lappigen höckerigen Tumor, der 1 Zoll über den Nabel nach aufwärts reicht. Beide Lappen ziemlich gleich gross; der linke zeigt Fluctuation, der rechte ist fest. Allgemeinbefinden gut. Ovariotomie, Punction der multiloculären Cyste. Entleerung puriformer Flüssigkeit, von welcher etwas in die Bauchhöhle fliesst, aber wieder möglichst rein weggewaschen wird. Leichte Adhäsionen, geringe Blutung. Stiel in Klammer befestigt. Wundverlauf ohne besondere Störung. Klammer löst sich nach 13 Tagen. Pat. nach 7 Wochen geheilt entlassen.

3) Ovariotomie; Tod am 5. Tage durch eiterige Peritonitis. No. 42.

44jähr. Frau, verheirathet. Seit 3 Jahren bemerkt sie einen Tumor im Unterleib. Niemals Punction. Untersuchung ergiebt grosse Cyste mit sehr deutlicher Fluctuation. Ovariotomie. Zahlreiche Adhäsionen mit der Bauchwand, dem Darm und Netz. Ziemlich bedeutende Blutung. Stiel in Klammer gefasst. Tod am 5. Tage in Folge eiteriger Peritonitis.

4) Ovariotomie; Multiloculäre Cyste. Tod. No. 43.

28jähr. unverheirathete Frau. Schon seit 10 Jahren bemerkte sie, dass ihr Leib stärker wurde. Sechsmalige Punction. Die anfänglich klare Flüssigkeit war bei den letzten Malen dick und trüb.

Grosse Cyste. Pat. klagt über zeitweise auftretende Schmerzen. Ovariotomie. Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand und den oberen Abschnitten des Mesenteriums werden mit den Fingern gelöst; der Stiel wird in einer Klammer befestigt. Tod am 4. Tage in Folge allgemeiner Peritonitis. Eingeweide durch frische Adhäsionen verklebt.

5) Ovariotomie, Heilung. No. 44.

25jähr. Pat., verheirathet. 4 Jahre vor der Aufnahme erste Schwellung bemerkt. Menstruation stets vorhanden. Grosse Cyste mit unebener Oberfläche. Ovariotomie. Bei der Punction entleert sich eine trübe, dicke Flüssigkeit. Keine Adhäsionen. Der Stiel wurde in einer Klammer fixirt. Heilung ohne Zwischenfälle. Als die Klammer sich am 19. Tage noch nicht lösen wollte, wurde der Stiel mit einem Faden fest umschnürt. Er fiel nach 3 Tagen ab und Pat. verliess 4 Wochen nach der Operation geheilt das Hospital.

IV. Fracturen.

1) Complicirte Fractur des Oberschenkels, Heilung. No. 67.

75 Jahr alte Frau hatte den Fuss in einer Matte verstrickt und fiel zu Boden. Fractur des Oberschenkels dicht über dem Knie; wahrscheinlich T-Bruch. Kniegelenk geschwollen fluctuirend. Aeussere Wunde klein, hatte indessen stark geblutet. Schienenverband. Nach 6 Wochen beginnende Consolidation zu constatiren. Pat. in Heilung entlassen.

2) Complicirte Fractur des Humerus, complicirte Luxationen des Daumen und Zeigefingers. Secundär-Exarticulation der Schulter. Heilung.

Mit den angeführten Verletzungen wurde ein 33jähriger Mann aufgenommen. Conservativ-Behandlung während der ersten 6 Wochen. Intercurrentes Erysipel. Vereiterung des Schultergelenks. Exarticulatio humeri. Pat. vollkommen geheilt nach 5 Wochen entlassen. **Lossen** (Heidelberg.)

Cornil. Epithéliome perlé des téguments du crâne.

(Société de Biologie. Séance du 15. Mai 1875. — Gaz. méd. No. 22.)

Eine 68jährige Frau, der in früheren Jahren ein Anzahl Atherome der behaarten Schädeldecke entfernt worden waren, wurde im Jahre 1874 abermals wegen eines auf der Mitte des Kopfes bestehenden Tumors operirt, der sich bei der histologischen Untersuchung als ein Perlepitheliom erwies. Wiewohl bei der Operation der Knochen mit abgeschabt worden war, trat doch schon nach einigen Monaten ein Recidiv ein, welches bei der Aufnahme der Kranken im März 1875 einen faustgrossen, höckrigen, auf dem Schädel unbeweglich aufsitzenden Tumor darstellte. Spontane Schmerzhaftigkeit. Keine Drüsenanschwellungen. Exstirpation des Tumors am 8. April. Derselbe zeigt sich auf dem Durchschnitt weisslich, fest, trocken, ohne sichtliche Vascularisation. Die mikroskopische Untersuchung lässt in ihm Kugeln von concentrisch gelagerten, abgeplatteten Hornzellen mit dazwischenliegenden dünnen und gefässlosen Bindegewebsbündeln erkennen. Die isolirten Zellen zeigen gezähnelte Ränder und unregelmässige Fortsätze. Die Kerne erscheinen granulirt, einzelne colloid. Bei Färbung mit Methylanilinviolett lässt die den Zellinhalt bildende Hornsubstanz eine Menge feiner, theils radiärer Streifen erkennen. Die der Mitte der Perlkugeln entnommenen Zellen haben eine kuglige Form ohne Fortsätze und entbehren häufig der Kerne. Ihr Inhalt ist stark lichtbrechend und nimmt eine intensive violette Färbung an. Diese Zellen ähneln vielfach denen der diphtheritischen Pseudomembranen.

O. Volkmann (Kettwig).

Robin. Note sur un cas d'urine bleue; considérations sur la nature probable de la matière bleue contenue dans certaines urines.

(Société de Biologie. Séance du 26. juin 1875. — Gaz. méd. No. 28. p. 345.)

Eine 35jährige hysterische und sehr nervöse Kranke entleerte zweimal nach einem jedesmaligen heftigen Schmerzanfall in der rechten Brust- und Lendengegend eine kleine Quantität blauen Urins. Die Farbe, namentlich der zuerst entleerten Menge war ein tiefes Indigoblau. Unter dem Mikroskop liess der Bodensatz eine tiefblaue amorphe Masse erkennen, daneben Epithelien aus Blase und Vagina mit blassblauen Kernen, ferner zahlreiche Algen und Sporen. Die blaue Masse löste

sich in Wasser, Alkohol und Aether nur wenig, in Chloroform, Terpenthinöl und Benzin gar nicht. Von den verschiedensten chemischen Reactionen war besonders characteristisch die mit Salzsäure, in der sich die genannte Masse mit schön carminrother Farbe löste. — Da eine Simulation in diesem Falle bestimmt auszuschliessen ist, so reiht sich derselbe einer Anzahl ähnlicher, bereits früher gemachter Beobachtungen an. Die Natur des eigenthümlichen, mit den verschiedensten Namen belegten, färbenden Princips liegt bisher fast völlig im Dunkeln. R. hält die blaue Substanz nach dem Vorgang Braconnots, der dieselbe Cyanurin nannte, für ein Oxydationsproduct der Harnsäure. Vielleicht ist sie auch ein Derivat des Indols und hängt mit einer Erkrankung des Pancreas zusammen.

O. Volkmann (Kettwig).

Hagedorn. Demonstration einer galvanokaustischen Schneideschlinge, welche bei der Operation eine sichere Blutstillung ermöglicht.*)

(Arch. f. klin. Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 4.)

H. hat eine galvanokaustische Schneideschlinge construirt, welche man zugleich als Drahtecraseur wirken lassen kann, einen galvanokaustischen Drahtschnürer, wegen dessen genauer Beschreibung wir auf das Original verweisen. Um ferner den richtigen Hitzegrad der Schlinge zu haben, vor allem ein zu starkes Glühen des Drahtes, der dann zu schnell durchschneidet und nicht mehr blutstillend wirkt, zu vermeiden, macht H. auf den Widerstand beim Drehen des Wirbels aufmerksam, der im umgekehrten Verhältnisse ein sicherer Gradmesser für die Glühwirkung der Schlinge ist. Schnürt sich der Draht zu leicht und zu schnell zusammen, d. h. also, glüht der Draht zu stark, so empfiehlt es sich, den Strom nur kurze Momente einwirken zu lassen und längere Momente zu unterbrechen. H. hat mit seiner Schlinge unter anderen Operationen, ohne Blutung, ohne Unterbindung und ohne Nachblutung einen Oberschenkel und einen Unterschenkel, dessen Heilung allerdings 2 Monate dauerte, amputirt, ferner 11 Brustamputationen wegen Carcinomen u. s. w., im Ganzen 35 grosse Operationen gemacht, über welche er später Näheres berichten will. **Maas** (Berlin).

v. Mosengeil. Demonstration eines magnetisch-electrischen Rotationsapparates zu galvanokaustischen Zwecken.**)

(Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. XVIII. Hft. 4.)

Verf. demonstrirte einen nach dem System des Dr. v. Hefner-Altenbeck construirten magneto-electrischen Apparat, dessen Princip und Wirkungsweise auf dem Satze beruhen, dass in einem in sich geschlossenen electrischen Leiter ein Strom entsteht, wenn Theile von ihm zwischen zwei entgegengesetzten, sich fast gegenüberstehenden Polen eines Magneten bewegt werden. In dem Apparate besteht der Leiter aus relativ dickem, umsponnenen Kupferdraht, der um eine Blechtrommel gewickelt ist, die Magnete aus fünfzig gestrichenen, starken Hufeisenmagneten von Wolframstahl. Indem wir wegen des Genaueren auf das Original verweisen, heben wir hervor, dass v. M. selbst auf den hohen Preis des Apparates aufmerksam macht. Ref. bemerkt ferner, dass ihm eine Hauptbedingung eines guten Apparates für galvanokaustische Zwecke abgeht: die Möglichkeit nämlich, den Strom genau und leicht zu dosiren, wie dies vor allem die Middeldorpf'sche Batterie gestattet. **Maas** (Berlin).

*) Vortrag, gehalten am 3. Sitzungstage des IV. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, am 9. April 1875.

**) Demonstration in der 4. Sitzung des IV. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, 18. April 1875.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 45. **Sonnabend, den 6. November.** **1875.**

N. Solokoff. Ueber den Einfluss der künstlichen Unterdrückung der Hautperspiration auf den thierischen Organismus.

(Virch. Archiv Bd. LXIV. p. 40.)

Zur Unterdrückung der Hautperspiration bei Hunden und Kaninchen erwies sich dem Verf. Bestreichen mit Leinöl als am geeignetsten. Bei den verschiedenartigsten Versuchsformen (46 Versuchen), beim partiellen, wie beim totalen Bestreichen blieben die klinischen Erscheinungen immer dieselben; Eiweiss und geformte Elemente im Harn, Durchfall, Verfall der Herzthätigkeit und Athmung, Störungen im Nervensystem, ab und zu Krämpfe, endlich Erniedrigung der Temperatur. Bei anatomischer Untersuchung fanden sich immer entzündliche Affectionen der parenchymatösen Organe, ganz besonders des Darmcanals, der Leber, der Nieren. Je länger das Thier mit theilweis unterdrückter Hautperspiration gelebt hatte, um so auffallender waren die anatomischen Veränderungen.

Die innere Temperatur zeigte bei partiellem Bestreichen in der ersten Zeit nur geringe Schwankungen (stieg ein wenig bei Hunden, fiel bei Kaninchen). In der grössten Anzahl der Fälle fing die Temperatur einige Tage vor dem Tode an, stufenweise zu sinken, zuweilen indessen machte sich wieder eine Steigerung geltend, die sogar einen intermittirenden Character hatte. In einigen Fällen zeigte die Temperatur gar keine Schwankungen; plötzlich sank sie um einige Grade, worauf das Thier bald starb. Wurden dagegen grössere Theile der Haut bestrichen, so überlebte das Thier das Verfahren nur um wenige Stunden, die Temperatur fiel sehr rasch. Schon diese thermometrischen Messungen zeigen, dass die Erkrankung und der Tod nach künstlicher Unterdrückung der Hautperspiration nicht Folge der Wärmeabnahme ist. S. fand weiter, entgegen den Angaben von Laschkewitsch, dass der Grund der fortschreitenden Abkühlung nicht in der Erweiterung der Blutgefässe der Haut und Unterhaut liege, indem beim Bestreichen der Haut keine Lähmung der vasomotorischen Nerven wie beim Durchschneiden des Sympathicus sich entwickelt. Ebenso wurden entgegen L. durch Umhüllung mit Watte sterbende Thiere nicht erwärmt. Selbst wenn die Umhüllung unmittelbar nach dem Bestreichen vorgenommen wurde, konnten die Thiere vom Tode nicht errettet werden. — Nach S. ist die beobachtete Erniedrigung der Temperatur vielmehr die Folge mangelhafter Wärmeerzeugung, die bewirkt wird durch die grossen Veränderungen (parenchymatöse Entzündungen) im Organismus. Die niedrige Temperatur kennzeichnet die schwere Erkrankung, ist ein Vorbote des baldigen Todes, aber nicht die Ursache aller Erscheinungen. — Als Ursache der klinischen und anatomischen Befunde ist man gezwungen eine Vergiftung des Organismus anzunehmen, wenn auch nach den misslungenen Erklärungsversuchen Anderer (Edenhuizen) die Frage nach dem Retentum perspirabile, dem Gift selbst, fürs Erste bei Seite gelassen werden muss.

Mikroskopisch gelang kein Nachweis, ob etwa der vergiftende Stoff im Blut enthalten sei. S. machte Injectionen vom Blut von Thieren, die durch Unterdrückung der Hautperspiration vergiftet und bereits in der Agone befindlich waren, in gesunde Thiere. Er fand, wie Laschkewitsch bei demselben Versuch, keine Temperaturerniedrigung, aber bald trat bei dem der Injection ausgesetzten Thier Albumen im Harn auf. welches erst am 3. — 4. Tag wieder verschwand. Das Blut der bestrichenen Thiere enthält also doch ein Etwas, was wie das Bestreichen selbst wirkt, nur nicht so intensive Erscheinungen hervorruft. Dass diese Krankheitserscheinungen nicht hochgradiger werden, dafür sorgt die gesunde Haut, die als Organ, welches das vermuthete Gift ausscheiden kann, in voller Thätigkeit bleibt. Thiere, die durch Bestreichen bereits erkrankt sind, gesunden rasch, wenn man den Anstrich entfernt.

Verf. wendet sich gegen den Vorschlag von Senator, durch Ueberziehen der Haut mit imperspirabeln Stoffen bei fiebernden Kran-

ken die Temperatur herabzusetzen und bestreitet den Werth der Beobachtungen, auf denen S. seine Vorschläge basirt.

Madelung (Bonn).

A. Guérin. Le pansement ouaté.

(Bulletin de l'académie médecine de Paris 1875. No. 34—36.)

Anlässlich einer Prioritätsfrage gegenüber Bourggraeve giebt G. neue Mittheilungen über Methode und Wirkung des Watteverbandes, die grösstentheils das Bekannte enthalten. G. legt besonderes Gewicht darauf, dass mit der »Luftfiltration« combinirt werde eine »elastische Compression« der Extremität, absolute Unbeweglichkeit, gleichmässige Lufttemperatur und seltener Wechsel des Verbandes. G. lässt solche Verbände 25—30 Tage liegen. Neu dürfte sein, dass er jetzt seit kurzer Zeit auch prima intentio bei seinen Operationswunden anstrebt und in 3 Fällen glücklich erreicht hat. Die eingeheilten Ligaturfäden wurden hier einige Wochen später durch Eiterung entleert.

Bonnafont wirft der Methode vor, dass die Watte durch Imbibition mit Eiter an der Wundoberfläche sich verfilze und so schon nach 6—8 Tagen eine Eiterretention bewirke, die zu den übelsten Zufällen Anlass gebe. Seitdem er einmal in Afrika bei 5 seiner Amputirten den Hautlappen unter diesem Verbande nach 8—10 Tagen vollständig brandig gefunden, habe er und auch Andere von dem Verfahren gänzlich Abstand genommen.

Bezüglich der Theorie stimmt Gosselin mit G. nicht ganz überein. Namentlich die Angabe, dass der Eiter unter dem Watteverbande von Vibrionen stets frei gefunden werde, bestreitet er ganz entschieden. Er hat in einer sehr grossen Zahl von Fällen, die er daraufhin untersuchte — und Ollier, Demarquay, Verneuil, Nepveu, Bergeron geben dasselbe an — diese Organismen ausserordentlich häufig constatiren können, auf Wunden, die übrigens durchaus günstig verliefen und von jeder infectiösen Complication freiblieben. Unter 4 Fällen treffe man sie mindestens in zweien an. — Die günstige Wirkung des Watteverbandes müsse daher wohl auf andere Momente bezogen werden, und man sei genöthigt anzunehmen, dass es neben den Vibrionen und Bacterien in der Luft auch noch andere schädliche Stoffe gebe, die durch die Watte von der Wunde fern gehalten würden. Den schädlichen Einfluss niederer Organismen auf Wunden hält er überhaupt nach den vorliegenden Erfahrungen keineswegs für sehr bedeutend. — (Ref. erinnert daran, dass er auf einem anderen Wege, nämlich dem des Experiments, zu dem gleichen Resultat gelangte: »dass diese atmosphärischen Fermente höchst wahrscheinlich nicht die Bacterien sind, sondern irgend ein anderer molecularer organischer Körper, gleichviel ob derselbe an den Bacterien haftet oder von ihnen getrennt ist.« Langenb. Arch. XVIII, p. 694.) **Arn. Hiller** (Berlin).

Sarazin. Nouvelle méthode d'occlusion antiseptique des plaies.

(Archives médicales belges 1875. Heft 9.)

Besteht in der gleichzeitigen Anwendung von Watte und Theer (occlusion antiseptique), und hat dem Verf. unter Anderm bei ausgedehnten Weichtheilverletzungen durch Granatsplitter, mit und ohne Knochenbruch, sehr gute Dienste geleistet. Dies veranlasst ihn, das Verfahren besonders für die Kriegschirurgie zu empfehlen. Der Verband vereinigt nach S. alle Vorzüge der antiseptischen Methode, ist sehr wenig umständlich und kann durch Gehülfen angelegt werden. Seine Wirkung reicht für mehrere Tage und somit selbst für weite Transporte der Verwundeten aus. **Arn. Hiller** (Berlin).

Heschl. Eine hübsche a vista-Reaction auf amyloid degenerirte Gewebe.

(Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 32.)

Verf. empfiehlt die violette Tinte von Leonhardi in Dresden, ein Gemisch, dessen färbendes Princip aus Anilinblau und Anilinroth besteht — zur Färbung amyloid degenerirter Gewebe.

v. Mosengeil (Bonn).

A. Fick. Ueber die Wärmeentwicklung bei der Zusammenziehung des Muskels.

(Beiträge zur Anatomie und Physiologie, als Festgabe **Carl Ludwig** gewidmet von seinen Schülern. Leipzig, **F. C. W. Vogel.** 1875.)

Die Wärmeentwicklung beim Tetanus lässt sich durch die Vermuthung erklären, dass wahrscheinlich für j e d e n vom Nerven kommenden Reizanstoss in der Muskelfaser eine bestimmte Menge zersetzbaren Stoffes bereit liegt, welcher durch den Reizanstoss entzündet wird. Oder aber, man könnte der eben ausgesprochenen Ansicht entgegengesetzt annehmen, dass nach dem ersten Reizanstoss die ferneren, welche zur Erhaltung der tetanischen Zusammenziehung, nicht zur Vermehrung der letzteren führen, gar keine chemischen Processe auslösten und nur dahin wirkten, das Entstehen des zweiten Processes, welcher die Zusammenziehung aufhebt, zu verhindern.

Aus den vom Verf. angestellten Versuchen geht nun hervor, dass mit der Dauer des Tetanus die Wärmemenge b e d e u t e n d wächst. Aber bei den Acten der Verkürzung und Wiederverlängerung des Muskels wird mehr Wärme entwickelt, als während eines ebenso lange andauernden Tetanus. »Während eines in constanter Höhe anhaltenden Tetanus geschehen zwar fortwährend chemische Processe, bei denen chemische Anziehungskräfte Arbeit leisten und zwar, wie es scheint, bei nicht allzu langer Gesammtdauer mit annähernd beständiger Intensität, aber diese Intensität erreicht sicher lange nicht die Hälfte des Werthes, welchen die Intensität dieser Processe hat in den Zeiten, während welcher die Zusammenziehung und vielleicht auch die Wiederausdehnung des Muskels stattfindet.« Eine Bestätigung findet dieser Satz

in der merkwürdigen Thatsache, dass bei einer Reihe von möglichst rasch auf einander folgenden Zuckungen mehr Wärme frei wird, als während eines gleich lange dauernden Tetanus, hervorgebracht durch eine Frequenz von Reizanstössen, die eben im Stande ist, den Muskel in dauernder Zusammenziehung zu erhalten. Dass im Muskel auch nach Ablauf des ganzen Erregungsvorganges Wärme entwickelt wird, d. h. dass chemische Processe in ihm ablaufen, ist sehr wahrscheinlich.

Tillmanns (Leipzig).

Chirurgischer Bericht des St. George's Hospital für 1872.

(George's Hosp. Reports Vol. VII).

In diesem Jahre wurden behandelt 2074 Pat., darunter 1224 Männer und 682 Frauen; die 106 Todesfälle, — 14 wurden fast sterbend eingebracht — vertheilen sich auf 80 Männer und 26 Frauen. Die Mortalitätsziffer beträgt 5,2%, der mittlere Spitals-Aufenthalt 31,7 Tage. Von 566 Verletzungen mit 30 Todesfällen betreffen den Kopf 118 (7 †), das Gesicht 15 (1 †), die Wirbelsäule 3 (2 †), den Hals 4 mit 3 Selbstmördern (1 †), die Brust 30 (1 †), den Unterleib 15 (1 †), die unteren Extremitäten 312 (13 †). Von 24 complicirten Fracturen starben 8 (12 Oberschenkel-, 5 Unterschenkel-, 2 Schädelfracturen). Von grösseren Operationen sind zu nennen Amputationen und Exarticulationen 27 (12 †). Von 9 Resecirten starb je 1 Oberkiefer-, Unterkiefer- und Hüftgelenk-Resecirter. Von 9 operirten eingeklemmten Hernien an 4 M., 5 Fr. starben 5 (2 M. u. 3 Fr). und betrafen von 4 Inguinalhernien 1 W. (†), von 5 Femoralhernien 4 W. (2 †); alle starben an Peritonitis. Von 6 Steinschnitten (5 W.) starben 2 W.; die eine Ovariotomirte starb. 1 traumatisches Ulnar-Aneurysma und 2 Popliteal-Aneurysmen wurden geheilt. Von grossen Gefässen wurde die Carot. com. erfolgreich unterbunden, von 22 wegen Necrose Operirten starben 2. —

Pils (Stettin).

H. Kowalski. Bericht über die chirurgische Abtheilung des Tarnower Spitals für 1874—75.

(Przegląd lekarski 1875. No. 32—36, polnisch.)

Von 361 Kranken waren 196 chirurgische; die anderen gehörten den Augen-, Haut- und venerischen Krankheiten. Davon starben 24=12,2%. — Bemerkenswerth ist ein Fall von Herniotomie, wo Gangrän des vorliegenden Darmes mit Erguss des Darminhaltes in den Bruchsack vorgefunden wurde; die Incarceration wurde eingeschnitten, worauf grosse Kothmassen entleert wurden; Heilung in 3 Wochen. Von den 12 Amputationen wurde 1 am Oberschenkel; 6 am Unterschenkel, 1 am Vorderarme, 4 an Fingern vorgenommen, alle wurden geheilt entlassen. — Bei den 8 grösseren Amputationen wurde Esmarch's Blutleere und in allen ein Charpie-Occlusivverband angewandt. K. gebraucht beim Verbandwechsel eine leichte Solutio kali hypermanganici. —

Obaliński (Krakau).

Weigmann. Ueber Steinrecidive.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 3. p. 516—556.)

Keine Art der Operation schliesst die Möglichkeit solcher Recidive aus, weder die Lithotomie, noch die Lithotritie. Piersig (Recidive nach Blasensteinschnitt, in B. Schmidt's Beiträgen zur chirurgischen Pathologie der Harnwerkzeuge) sammelte 155 Fälle von Recidiven allein nach dem Schnitt, Verf. 86 ebensolche, die nach der Lithotritie beobachtet wurden. Auf Grund dieser Erhebungen lässt sich Folgendes behaupten. Ursachen der Recidive sind:

1. Das Herabsteigen eines Concrements aus der Niere in die Blase. 2. Fortbestehen des chronischen Blasenkatarrhs. 3. Anomale Verhältnisse der vorangegangenen Operation (zurückbleibende Steintrümmer, Charpie-, Blutreste etc.), restirende Fisteln, die sich leicht incrustiren. 4. Stauungen des Harns in der Blase (Blasenlähmung, Prostatahypertrophieen, Stricturen in Folge der Vernarbung u. s. w.)

Häufigkeit der Recidive: schwankt nach den einzelnen Autoren zwischen 1,0 %—16,6 %.

Häufigkeit der Recidive bei denselben Kranken. Ein zweites Recidiv trat ein bei circa 22 % der Fälle, ein drittes bei 7,5 %, ein viertes bei 2,25 %. Ein siebentes Recidiv erwähnt Civiale, ein elftes Lisfranc.

Geschlecht und Alter. Steinrecidive bei Weibern verzeichnet Piersig 3 Mal, Verf. 5 Mal, demnach sind dieselben, wie die Steinkrankheit überhaupt, bei Frauen selten. Weiter ergeben die Tabellen, dass die primären und secundären Steine bezüglich des Alters der Patienten ziemlich gleichen Schritt halten.

Beide erreichen nämlich ihr erstes Maximum in der Jugend bis zu 20 Jahren, ihr zweites im Alter von 60—70 Jahren, doch zeigt sich dabei, dass in der Jugend der primäre Stein, im Alter das Recidiv überwiegt. Im mittleren Alter und jenseits der 70. Jahre ist eine Abnahme in der Häufigkeit beider zu bemerken, eine raschere jedoch bei den primären Steinen, eine langsamere bei den Recidiven, so dass letztere in diesen Lebensperioden wieder überwiegen.

Eintritt und Zwischenzeiten der Recidive. Die meisten Recidive treten in und gleich nach den ersten 3 Jahren nach der Operation ein. Dann werden sie rasch seltener; im Allgemeinen um so mehr, je länger die freien Zwischenräume sind. Jedoch verschwinden sie nie ganz, so dass selbst im hohen Alter noch ein Recidiv eintreten kann, wenn in der Jugend Steinbildung vorhanden war.

Die Zwischenzeiten zwischen den Recidiven lassen bisweilen eine gewisse Regelmässigkeit nicht verkennen (z. B. 4 durch je 2 Jahre getrennte Recidive), im Allgemeinen jedoch sind diese Zeiträume so unregelmässig und von so individuellen Verhältnissen abhängig, dass sich nähere Angaben darüber nicht machen lassen.

Chemische Beschaffenheit der Steine. Den häufigsten Bestandtheil der Recidive bilden phosphorsaurer Kalk und phosphor-

saure Ammoniak-Magnesia, den der primären die Harnsäure. Letztere wird also in den Recidiven häufig durch Phosphate vertreten. Bilden irgend welche fremden Körper den Kern eines zweiten Steines, so umhüllen sie sich fast immer mit phosphorsaurem Kalk resp. Ammoniak-Magnesia. Eine Wiederbildung des Steines aus oxalsaurem Kalk, dessen primärer Stein ebenfalls aus oxalsaurem Kalk bestand, scheint, wenn überhaupt, nur äusserst selten vorzukommen.

In Betreff der Aussicht auf Recidive theilt Civiale die Steine in zwei Klassen. In die erste gehören die Steine aus Harnsäure und ihren Salzen, ferner die aus oxalsaurem Kalk und Cystin. Wenn diese Steine sich langsam gebildet haben und wenn nach ihrer Entfernung eine rasche und vollständige Heilung beobachtet wurde, dann kann man ziemlich sicher sein, dass die Heilung auch von Dauer sein werde. Wenn jedoch die Harnsedimente sehr reichlich unter der Form von Krystallen oder Gries fortbestehen, so wird man kaum hoffen können, dass die eine oder andere Operation unbedingte Heilung bringen werde. In die zweite Klasse gehören die aus Phosphaten bestehenden Steine, welche am häufigsten und oft mit ziemlicher Raschheit recidiviren.

Sitz des Recidives. Unter 240 Fällen 210 Mal die Blase; ungleich seltener der Ureter, die Harnröhre, das Scrotum, das Perineum, die nach dem Steinschnitt zurückgebliebene Wundfläche u. s. w.

Zahl der Steine. Sowohl beim Recidiv, als bei der ersten Operation findet sich überwiegend nur ein Stein; beim Recidiv ist aber häufiger eine grössere Zahl von Steinen vorhanden als bei der ersten Operation, bei denselben pflegen endlich die grössten Zahlenwerthe vorzukommen.

Behandlung. Die sorgfältigste Operation, die bestbewährten Medicamente gewähren nicht die geringste Sicherheit gegen Recidive. Man hat somit genug gethan, wenn man bei der Operation aufs Sorgfältigste auch die kleinsten Steintrümmer entfernt, wenn man das Zurückbleiben von Fisteln auf jede Weise zu verhüten sucht, wenn man die Stauungen und Zersetzungen des Harns nach Kräften zu mindern versucht. **Wilh. Koch** (Berlin).

K. W. Barsow. Ueber Exstirpation der Zunge von der regio inframaxillaris aus.

(Militär-med. Journal 1875. Mai. russisch.)

Verf. studirte noch unter Prof. Heppner's Leitung an Leichen die Operation der Zungenexcision überhaupt und besonders die neue Billroth'sche Exstirpation von der regio suprahyoidea aus in topographisch anatomischer und chirurgischer Hinsicht. Zur genaueren Erforschung der regio hyomaxillaris verfertigte er 60 anatomische Präparate mit Gefässinjection. Um die technische Seite genau zu studiren, hat er die Operation wiederholt an frischen Leichen nach verschiedenen Methoden ausgeführt. Zuletzt beschreibt er einen nach

Billroth von Prof. Heppner ausgeführten Fall von Exstirpatio linguae, dem Verf. assistirte. Das Resultat dieser sehr eingehenden Untersuchungen ist folgendes:

1) Bei Krebsaffectionen der hinteren Theile der Zunge verdient das Messer vor allen anderen Methoden den Vorzug.

2) Die Exstirpation der Zunge durch einen Schnitt in der regio submaxillaris giebt dem Chirurgen die Möglichkeit, die Grenzen der Affection genau zu bestimmen und in gesundem Gewebe zu operiren, muss deswegen also allen anderen Operationen (Louis, Boyer, Jäger, Sédillot) vorgezogen werden.

3) Unter den von der regio submaxillaris her operirenden Methoden verdient wegen ihrer Einfachheit und günstiger topographisch anatomischer Verhältnisse die Billroth'sche Operation von der regio hyomaxillaris her den Vorzug, da die Regnoli'sche Operation durch verticale Trennung dieser Gegend zu überflüssigen Verletzungen führt.

4) Die Czerny'sche Operation setzt eine kleinere Wunde, ist aber nur bei einseitiger Zungenaffection anzuwenden.

5) Bei der Billroth'schen Operation muss alles Erkrankte in der Umgebung der Zunge ohne Vergrösserung der äusseren Wunde entfernt werden. Erreicht die Geschwulst der Zungenwurzel bei gleichzeitiger Infiltration der Mundhöhlenbasis und der nächsten Lymphdrüsen einen grossen Umfang, so empfiehlt Verf. eine Verlängerung der hinteren Winkel der Seitenschnitte bis zum Winkel des Unterkiefers beiderseits, oder nur auf der Seite der grösseren Geschwulst. Die Schnitte dürfen aber nur bis zur Fascie gehen, um Verletzung der a. maxill. ext. vorzubeugen. Im oben erwähnten Falle machte Heppner eine solche Verlängerung, welche den weiteren Gang der Operation sehr erleichterte.

6) Bei gleichmässiger Vertheilung der Geschwulst auf beide Hälften der Zunge empfiehlt Verf. gleich Billroth und Czerny die doppelte Unterbindung der Art. lingualis, bei Affection nur einer Hälfte — einseitige Unterbindung derselben.

7) Besondere Aufmerksamkeit ist auf Befestigung des Zungenrestes in möglichst normaler Stellung zu verwenden. —

W. Grube (Charkow).

Heinzel. Ueber die conservirende Behandlung der Kniegelenkschüsse, sowie über die Indicationen zur primären Amputation, und die Diagnose der Knochenverletzung bei penetrirenden Schusswunden des Kniegelenks nach dem jetzigen Standpuncte der Wissenschaft.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1875. Hft. 6.)

I. Conservirende Behandlung der Kniegelenkschüsse.

H. unterscheidet die conservirend exspectative und die conservirend operative Behandlung (Resection) und vergleicht die Resultate beider nach umfassenden statistischen Erhebungen, sowohl

aus der einschlägigen Litteratur, als auch namentlich nach dem reichhaltigen, in den Zählkarten der Königl. Militär-Medicinal-Abtheilung des Kriegsministeriums niedergelegten Material des letzten Krieges 1870—1871. Wir heben daraus Folgendes hervor und verweisen bezüglich mancher interessanter Einzelheiten auf das Original:

A. Im Ganzen wurden exspectativ conservirend behandelt 191 Kniegelenkschüsse (darunter 156 allein aus dem letzten Kriege); von diesen wurden geheilt 143, starben 48 oder 25,1 %. Der Verletzung nach betrafen dieselben:

1. Perforation des Kniegelenks mit einer Oeffnung, oder zugleich mit Ausgangsöffnung, ohne oder mit oberflächlicher Verletzung der Epiphysen (durch Schramm- und Rinnenschuss): 96 Fälle, welche bei obiger Behandlung eine Mortalität von 14,5 % ergaben.

2. Eröffnung des Kniegelenks mit Patellarschuss: 30 Fälle mit einer Mortalität von 10 %.

3. Eröffnung des Kniegelenks mit Schussverletzung des Femur oder der Tibia, oder beider zugleich, oder in Verbindung mit Verletzung der Patella: 65 Fälle mit 47,6 % Todesfällen. — Die 156 exspectativ behandelten Kniegelenkschüsse aus dem deutsch-französischen Feldzuge hatten eine Gesammtmortalität von 27,5 %, ein Resultat, welches auffallend günstig erscheint gegenüber denjenigen im letzten amerikanischen Kriege, in welchem, nach den Berichten von Chisholm, von 103 Fällen 50 geheilt wurden, und nicht weniger als 53 (=52 %) starben.

B. Von den operativ behandelten wurden primär resecirt 17, davon geheilt 7, todt 10=58,8 %; mit Einschluss von noch 22 anderen in der Litteratur summarisch aufgeführten Fällen (v. Nussbaum); im Ganzen 41 Fälle, davon geheilt 16, todt 25=60,9 %.

Secundär resecirt wurden 44, davon geheilt 3, todt 41=93,1 % Von Interesse sind die Endresultate der 10 geheilten (namentlichen) Resectionen: 3 gehen mit Hülfe eines Stockes und erhöhter Sohle, 2 gehen mit Hülfe zweier Krücken, 1 geht mit Hülfe einer Krücke und einer Stützmaschine, 1 geht mit Hülfe einer Stützmaschine, 1 musste wegen Difformität nachträglich im Oberschenkel amputirt werden, 1 musste wegen beträchtlicher Fissuren in der Tibia nachträglich im Unterschenkel amputirt werden, 1 (Franzose) blieb unbekannt. — In 5 von diesen Fällen ist vollkommene Ankylose erzielt worden. —

II. Ueber die Indicationen zur primären Amputation bei penetrirenden Schusswunden des Kniegelenks.

So verschieden, wie die Ansichten namhafter Chirurgen über die Anzeigen zur primären Amputation, erweisen sich auch die Resultate nach Zusammenstellungen aus den letzten europäischen Feldzügen von 1848 an bis auf die Gegenwart (nach Lotzbeck). H. betrachtet als feststehende Indicationen folgende: Zermalmung oder vollständiger Verlust des Unterschenkels bis an das Gelenk (durch Vollkugel oder

Sprenggeschoss), ferner umfangreiche Zerschmetterung der Knochen mit so weitgehender Zerreissung der umgebenden Weichgebilde, dass eine Restitution nicht möglich ist, und endlich drittens lebensgefährliche und nicht anders stillbare Blutungen aus der zerissenen A. und V. poplitea.

Die Erfahrungen des Krieges von 1870—1871 über die Lethalität dieser Operationen sind nach den Acten des Kriegsministeriums folgende: in den preussischen Feld- und Reservelazarethen sind während des Krieges im Ganzen 1148 Oberschenkelamputationen vorgenommen worden, darunter nicht weniger denn 421 (36,6 %) wegen Schussverletzung des Kniegelenks. Die letzteren ergaben 102 Heilungen, 265 Todesfälle (Rest unbekannt), mithin eine Mortalität von 72,2 %.

Im Ganzen wurden von den 1148 im Oberschenkel Amputirten 281 geheilt, 686 starben, bei 181 (Franzosen) blieb der Ausgang unbekannt; mithin beträgt die Gesammtmortalität 70,9 %.

Darunter waren Primär-Amputationen 353, mit einer Mortalität von 60,06 %, Secundär-Amputationen 734, mit einer Mortalität von 77,6 %. 61 waren ohne nähere Angabe, ob secundär oder primär.

Aus den mitgetheilten Resultaten einer gewiss recht ansehnlichen Statistik ist es dennoch schwer, ein definitives Urtheil zu gewinnen über den relativen Werth der einzelnen bei Kniegelenkschüssen in Anwendung gezogenen Behandlungsweisen. »Die begleitenden Nebenumstände und der Scharfblick des erfahrenen Chirurgen«, sagt H., »haben im gegebenen Falle zu entscheiden, welchem der hier concurrirenden 3 Heilverfahren, deren Sterblichkeit fast gleichlautend erscheint, der Vorzug gebührt, ob der exspectativen Behandlung mit einer Mortalität von 61,3, oder der primären Resection mit einer Mortalität von 60,9, oder der primären Amputation mit einer Mortalität von 59,4 %.« —

III. Erfahrungen und Rathschläge bezüglich der Diagnose der Knochenverletzungen bei Kniegelenkschüssen bilden den Schluss.

Arn. Hiller (Berlin).

G. Bull. Doppeltgetheilter Fuss mit 11 Zehen.

(The Boston med. and. surg. Journal 1875. Vol. II. p. 293).

Während bei Thieren ein doppelter Fuss als Missbildung nicht zu selten ist, findet sich beim Menschen kein sicherer Fall dieser Art beschrieben; deshalb verdient folgende Beobachtung volles Interesse. Ein sonst wohlgebildetes Mädchen zeigt an ihrem linken Fusse 11 Zehen, welche in zwei Reihen der Art angeordnet sind, dass gewissermassen zwei hinter einander stehende unvollkommene Füsse gebildet sind; der vordere Fuss hat wie normal eine grosse und 4 kleinere Zehen, der hintere 6 gleich grosse Zehen, beide Füsse sind von einander durch einen tiefen, breiten Raum getrennt. Die Stellung des vorderen Fusses ist die eines hochgradigen Talipes equino-varus, und es wenden sich beide ihre Plantarseiten zu; welchem der beiden Füsse

die einfache Ferse zukommt, ist schwer zu sagen; nur die Zehen des vorderen Fusses sind activ beweglich, alle sind gut ausgebildet, frei, nicht mit einander verbunden; der hintere Fuss scheint seine eigenen Metatarsal- und 2—3 eigene Tarsalknochen zu haben. Ausserdem ist das ganze linke Bein dicker, als das rechte und misst z. B. im Umfange am Oberschenkel 1³/₄" mehr, am Knie 1", unter dem Knie ¹/₄", welche Dickenzunahme nicht auf Rechnung der Knochen, sondern der Muskulatur kommt. Bei leichter Beugung des Knies fühlt man einen festen Strang, welcher an der Ausenseite desselben beginnt, und hinter der Fibula bis zum Fersenbein hinabsteigt. Die linke grosse Schamlippe hat die doppelte Grösse der rechten. — Die Erfahrung Little's, dass congenitale und paralytische Klumpfüsse häufiger auf der linken Seite beobachtet wurden, konnte Verf. des kleinen Beobachtungsmaterials wegen nicht bestätigen, dagegen drängt ihn seine Erfahrung zu dem Schlusse, dass Polydactylie die linke Seite häufiger befalle und bringt er dafür eine Reihe von Beispielen aus der Litteratur bei, darunter auch eine doppeltgetheilte linke Hand. Eine gute Zeichnung erleichtert das Verständniss. **Pilz** (Stettin).

E. Moritz. Ueber Plantar-Geschwüre.

(St. Petersburger med. Zeitschrift 1875. Bd. V. p. 1.)

Verf. bespricht in einem, im Deutschen ärztlichen Vereine zu St. Petersburg gehaltenen Vortrage die verschiedenen Arten tiefgreifender Plantargeschwüre, welche gewöhnlich unter dem Namen Mal perforant zusammengeworfen werden. Er lässt letzteres mit Recht nicht als eine besondere Krankheitsform gelten und schlägt daher vor, diesen Namen ganz fallen zu lassen und die Geschwüre in der Fusssohle wie an anderen Stellen nach ihrem Hauptcharacter zu benennen (Ulcus plantare e clavo, leprosum, neuroparalyt. etc.). Aus dem aus der Litteratur angeführten casuistischen Materiale, welches übrigens nicht vollständig gesammelt ist, zieht Verf. den Schluss, dass die meisten Fälle von Mal perforant als ulcerirte Leichdorne aufzufassen sind und dass die Malignität der Geschwüre wesentlich aus den anatomischen Eigenthümlichkeiten der Fusssohle zu erklären ist. Die neuroparalytische Form der Plantargeschwüre wird nicht eingehender gewürdigt und gegenüber den rein localen Druckgeschwüren als die seltenere Form erklärt (s. dagegen die vom Ref. gesammelte Casuistik, Berl. klin. Wochenschr. 1875. No. 30 u. ff. ref. Centralbl. f. Chir. No. 43). Zum Schlusse werden 3 Krankheitsgeschichten mitgetheilt, von denen die beiden ersten ulcerirte Leichdorne, die dritte multiple Druckgeschwüre an den Zehen von nicht näher bestimmtem Character betreffen. **P. Bruns** (Tübingen).

Nepveu. Rupture des kystes de l'ovaire dans le peritoine.

(Annales de Gynécologie. Tome IV. 1875. Juillet.)

Verf. hat ein Material von 155 Fällen, grösstentheils aus der Litteratur gesammelt, in welchen Rupturen von Eierstockscysten eintra-

ten. Die Richtung des Durchbruchs vertheilte sich in folgender Weise; 128Mal Durchbruch in die Bauchhöhle, 11Mal in den Darm, 6Mal in die Blase, 1Mal in den Uterus, 2Mal in die Scheide und 7Mal Durchbruch der Bauchwand. Specielles Augenmerk hat nun Verf. auf die häufigsten Rupturen in die Bauchhöhle gerichtet.

Die Ursachen der Rupturen der Cysten liegen entweder in einem Trauma oder in Veränderungen der Cystenwände. In ersteren Beziehungen sind zu erwähnen Brechmittel, Hustenstösse, starkes Bücken, heftige Anstrengungen, starkes Lachen, vor allem die Muskelanstrengungen während der Schwangerschaft und Geburt und während der Arbeit; ferner chirurgische Eingriffe, Punctionen, einfache Genitalexplorationen, Fuss- und Fauststösse, Schläge etc. Betreffs der Veränderungen der Cystenwände seien in vielen Fällen erstens eine entzündliche Erweichung beobachtet worden, zweitens in einigen Fällen eine Entzündung der Cysten im Wochenbett in Folge von Puerperalfieber, drittens Umwandlung der Cyste und deren Wände in Carcinom etc. (Verf. geht über diese jedenfalls wichtigsten Ursachen leicht hinweg.)

Die Symptome sind meistens scharf ausgeprägte nach der Ruptur, obwohl in etlichen Fällen der Ruptur weder Symptome vorausgingen noch folgten. In den meisten Fällen traten heftige Schmerzen auf; dabei eigenthümliche Zufälle von Ohnmacht oder Convulsionen, oder hysterische Erscheinungen. Der Anblick des Unterleibs ist vollständig verändert; der Tumor verschwunden, die Bauchwand weich und eindrückbar, veränderter Percussionston, deutlichere Fluctuation im Unterleib. Meist folgt letale Peritonitis; selten eine anfangs umschriebene, später allgemeine Peritonitis. Von 127 Fällen 63 Todte, davon 6 sofort gestorben, 8 in Zeit von 12 Stunden —4 Tagen und 8 innerhalb 6—12 Tagen. Von der Hälfte der übrigen 64 Fälle wird mehr oder weniger völlige Heilung berichtet, in einzelnen trat neue Füllung, ja selbst Ruptur zum 2. und 3. Male ein.

Der pathologisch anatomische Character der rupturirten Cysten ist leider bisher wenig beachtet worden. Alle Cystenvarietäten können bersten. Die Perforation ist meist einfach, bisweilen mehr—30fach; die betreffende Stelle, bald am hintern, bald am obern Theil. Der Ruptur von Cysten, welche Eiter oder altes Blut oder gelatinöse Massen, fremde Körper etc. enthielten, folgten stets schwere Symptome, der von serösen Cysten dagegen verhältnissmässig selten.

Betreffs der Prognose ist sehr bemerkenswerth, dass unter 127 Fällen nur 43 von wirklicher Heilung vorliegen.

Die Behandlung der Rupturen ist nach Verf. noch nicht endgültig festgestellt. Bisherige Methoden: unmittelbare Punction des Abdomen, und die Ovariotomie. Von Entscheidung bei der Behandlung sei der nach einer Probepunction festgestellte Character der ergossenen Flüssigkeit.

Die Arbeit hat besonderen Werth durch ausführliche Litteraturangaben nicht blos über die Rupturen in die Bauchhöhle, sondern

auch über die am Schluss beigefügten Fälle von Durchbruch in die Nachbarorgane. — **Leopold** (Leipzig).

W. Karpetschenko. Studien über das Wesen und die Ursachen der Darmbrucheinklemmung.

Inaug.-Diss. Petersburg 1875 (russisch).

Vielfache Einklemmungsversuche an lebenden Thieren, todten Menschen- und Thierdärmen (Hunde, Katzen, Kaninchen, Ratten etc.), zu denen Wachs, Fett, Gyps, Luft u. s. f. benutzt wurden, brachten Verf. zu folgenden Schlüssen: alle bisherigen Theorien, welche den Mechanismus der Einklemmung von Darmbrüchen erklären (Roser, Busch, Lossen), sind unzulässig; eine Umdrehung der Darmenden um ihre Längsaxe im Bruchringe bildet das Hauptmoment; die nähere Ursache derselben ist in anatomischen Verhältnissen des Darmcanales zu suchen. Die Scarpa-Busch'sche Umknickung bildet ein wichtiges Hülfsagens beim Einklemmungsacte; diese Umknickung des Darmendes am Rande des Bruchringes kommt durch Ueberfüllung des Bruches zu Stande. Beide Enden der Darmschlinge werden bei der Einklemmung gleichzeitig geschlossen. Die Umdrehung wird durch Anwesenheit von Gasen in der Bruchschlinge begünstigt. Umfangreiche Verwachsungen der Schlinge mit dem Bruchsacke schützen vor Einklemmung, sehr alte, grosse Brüche können deshalb nicht eingeklemmt werden. Die Taxis muss in Redressirung der Umdrehung des einen Endes der Schlinge bestehen.

Dieser sehr ausführlichen, noch unter Prof. Heppner's Leitung ausgeführten Arbeit, sind 3 Zeichnungen beigegeben.

W. Grube (Charkow).

Kleinere Mittheilungen.

J. Krueg. Künstliche Ernährung durch subcutane Injectionen.

(Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 34.)

Bei einem Geisteskranken, welcher Nahrung verweigerte und bei Application der Schlundsonde Suffocationsanfällle bekam, Klysmata aber herauspresste, wurde Olivenöl in ganzen und halben Unzendosen subcutan injicirt. Wie 1869 Menzel und Perco schon bei Hunden gefunden, dass flüssiges Fett binnen längstens 48 Stunden ohne besondere Reactionserscheinungen völlig resorbirt wurde, trat auch hier dasselbe Resultat ein, und wurde der Patient während einer Zeit von 39 Tagen, von denen er 9 gefastet und an 10 gegessen, an 20 nicht hinter einander folgenden Tagen durch subcutane Injectionen ernährt. Nach Injection eines Eies entstand eine torpide Entzündung und Abscessbildung. Obgleich Patient die Injectionen für »Eiweissextract« hielt, äusserte er sich doch, dass, so gerne er früher Fett gegessen, er dasselbe jetzt nicht mehr möge. **v. Mosengeil** (Bonn).

Ruehle. 5 Transfusionen mit Lammblut.

(Correspondenzbl. d. ärztl. Vereine in Rheinland etc. etc. 1875. No. 16. p. 23.)

Die 4 Patienten litten an unerklärlichen Formen von Anaemie. Ein Mann starb 10 Tage nach der Operation an Septicaemie, die sich aus einer Phlebitis oberhalb der Operationswunde entwickelt hatte. Ein Zweiter erholte sich vollständiger als

vorher bei Eisenpräparaten und war 10 Monate nach der Operation arbeitsfähig als Eisenbahnkarrer. — Ein Mädchen litt seit 5—6 Jahren an täglichem Erbrechen. Sie verlor einige Tage nach der Transfusion das Erbrechen, bekam Appetit und erholte sich bis zu 16 Pfd. Gewichtszunahme. Nach 2 Monaten begann wieder Erbrechen. Die 4. Kranke war bei völliger Appetitlosigkeit so anämisch und hydrämisch, dass ihr Tod nahe bevorzustehen schien. Wenige Tage nach der Transfusion fand sich Appetit ein und blieb in steigender Weise der Art, dass die Frau völlig arbeitsfähig wurde. Bei nach 8 Monaten wieder eintretender Anaemie und Appetitlosigkeit gab die Transfusion wieder Appetit und mehr Kräfte, Gewichtszunahme und besseres Aussehen für vier Wochen. Dann neues Sinken der Kräfte und Tod in Marasmus. **Madelung** (Bonn).

Boisnot. A case of purpura haemorrhagica requiring transfusion.

(Philadelphia med. Times 1875. No. 176.)

Die Transfusion wurde an einem 7jährigen Knaben ausgeführt, welcher grosse Ecchymosen an den Ohren, am Mund, an der Nase und in der Lebergegend hatte und zu wiederholten Malen grosse Quantitäten Blut aus der Nase, aus Rachen und Kehlkopf verloren hatte. Drei Tage nach der Operation noch eine auf Tamponade der Choanen stehende Nasenblutung, dann fortschreitende Besserung.

Wilh. Koch (Berlin).

Forbes. Case of acute (?) tetanus controlled by inhalations of nitrite of amyl.

(Philadelphia med. Times 1875. No. 189.)

Das Mittel kam circa 40 Stunden nach Ausbruch des Tetanus zur Anwendung, als Trismus, Opisthotonus, Schlingkrämpfe, wiederholtes Zucken der Extremitäten aufgetreten waren, die Körpertemperatur 102 F., der Puls 133 und die Athmung 32 per Minute betrugen. 5 Tropfen 2Mal des Tages gegeben, beruhigten die Herz- und die Muskelaction vollständig. Beim Aussetzen des Mittels vom 9.—11. Tage stellten sich sofort die Zufälle in der früheren Heftigkeit wieder ein, so dass man noch weitere 4—5 Wochen mit demselben fortzufahren für gut befand. Die Heilung erfolgte nach Verbrauch einer Unze des Mittels.

Wilh. Koch (Berlin).

O. Schmiedeberg. Ueber die Digitalinwirkung am Herzmuskel des Frosches.

(Beiträge zur Anatomie und Physiologie, als Festgabe **Carl Ludwig** gewidmet von seinen Schülern.)

Bei der Digitalinwirkung ist als ausschliessliche Ursache des systolischen Herzstillstandes eine directe Muskelveränderung anzunehmen. Es hat den Anschein, als ob die Elasticität des Muskels grösser geworden sei und als ob mit der Zunahme derselben der selbstständige Uebergang des letzteren in den diastolischen Zustand immer mehr behindert werde. Bestätigt sich die Annahme, dass eine Veränderung der Elasticität mit jenem systolischen Herzstillstand in ursächlichem Zusammenhang steht, so würde sich daraus ergeben, »dass auch im Herzmuskel Elasticität und Contractilität neben einander hergehen, dass aber die Aeusserung der letzteren von der ersteren wesentlich beeinflusst werden kann«.

Tillmanns (Leipzig).

H. Bressgen. Ein Fall von partiellem Schichtstaar nach Verletzung der Linse.

(Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 33.)

Ein Knabe erlitt durch einen Nagel eine kleine perforirende Hornhautwunde, 1 Linie vom Limbus entfernt, ihr entsprechend Perforation der Iris ohne Verletzung des Sphincter und eine feine Kapselwunde mit strichförmiger Trübung der Corticalis bis zum Kern. Heilung unter Druckverband und Atropinapplication. Die Trübung nach 5 Wochen nur am Ende des Stichcanales etwas vergrössert. Nach $^1/_2$ Jahr war die vordere Corticalis mit Ausnahme der strichförmigen Trübung ganz pellucid; hinter der Corticalis eine gleichmässig saturirte Trübung, ein Schichtstaar im

vorderen Linsenabschnitt. Bei der Operation entleerte sich die vordere Corticalis mit dem Kern; die hintere pellucide Corticalis blieb zurück und wurde prompt resorbirt. Die traumatisch entstandenen Schichtstaare, über die v. Gräfe und Hirschmann berichten, waren in luxirten Linsen entstanden. Wäre im vorliegenden Falle die Trübung nicht erst so spät nach der Verletzung entstanden, so hätte man annehmen können, dass Kammerwasser durch den Stichcanal in die Linse gedrungen wäre und den Staar bedingt hätte. — Anhangsweise theilt Verf. casuistische Beobachtungen über hereditären Schichtstaar mit.

v. Mosengeil (Bonn).

J. Sinowieff. Künstliche Perforation des Trommelfells.

(Moskauer med. Zeitung 1875. No. 9. p. 284, russisch.)

Verf. hat die Myringotomie, deren Indicationen er ausführlich erörtert, in 30 Fällen ausgeführt: 16Mal bei Einziehung des Trommelfells mit grösserer oder geringerer Entwickelung der hinteren Falte, 2Mal bei Atrophie desselben, 4Mal bei serösem Exsudat in der Paukenhöhle, 7Mal bei Myringitis acuta und subacuta, 1Mal bei Vernarbung der Membran. In 11 Fällen wurde die Operation 3—4Mal wiederholt, da die Perforation, trotz beständiger Luftdouche, schnell (in 3—4 Tagen) zuheilte.

In 24 Fällen Verbesserung des Gehörs, Linderung und vollkommenes Aufhören der subjectiven Symptome. Besonders empfiehlt Verf. die möglichst frühe Ausführung der Operation bei Myringitis acuta, da der Process darnach viel schneller verlaufe. Erfolglos war die Operation in veralteten Fällen.

W. Grube (Charkow).

J. Wagner. Seltener Fall einer überzähligen Halsrippe.

(Sitzungsprotokolle der Gesellsch. für experimentelle Wissensch. an der Universität Charkow 1875. p. 8, russ.)

Die Rippe war am Körper des 7. Halswirbels mittelst eines wahren Gelenkes befestigt. Die linke Halsrippe war 3 Ctm. lang, endigte nach vorn frei; die rechte, 5 Ctm. lang, war vorn mit der ersten Brustrippe verwachsen. Mm. scaleni anteriores — normal, der m. scalenus medius befestigte sich mit seinen tieferen Portionen an die rechte Halsrippe; links dasselbe Verhältniss. Lage der a. subclavia normal. Tuberculum scaleni wenig entwickelt; dafür konnte aber die Verbindungsstelle des vorderen Endes der Halsrippe mit der ersten Brustrippe leicht mit dem Tuberc. scaleni verwechselt werden und bei Unterbindung der a. subclavia Schwierigkeiten verursachen. Das Präparat wird im anatomischen Museum aufbewahrt.

W. Grube (Charkow).

Levis. Hydrocele of the neck in a child.

(Philadelphia med. Times 1875. No. 176.)

Die Halscyste reichte vom Ohr bis zum Oberarm, vom Kinn bis zum Schulterblatt, war mehrfächerig und wurde nach voraufgegangener Punction zu etwa ein Drittel durch Ecrasement entfernt. Tod 4 Tage später an Septhaemie.

Derselbe. Case of multiple enchondroma of the fingers.

Ibidem. No. 180.

Eine Reihe verschieden grosser Enchondrome am unteren Humerusende und an den Fingern eines 11jährigen Knaben, die sich seit 5 Jahren allmälig entwickelt haben. Die umfänglichsten sitzen an der Grundphalange des 2., 3. und 4. Fingers und an der Mittelphalange des 2. und 3. Fingers. Geringere Anschwellungen am oberen Ende der Metakarpalknochen. Die Metakarpo-Phalangealgelenke relaxirt, die Fingergelenke in der Beweglichkeit herabgesetzt.

Wilh. Koch (Berlin).

J. Klopotowsky. Verletzung des Thorax mit Prolapsus eines Lungenstückes.

(Beilage zu den Protocollen der med. Gesellsch. zu Woronesch 1875. p. 128.)

Ein 8jähriger Knabe fiel auf ein Messer, das er in der Hand hielt: 1½ Zoll lange Wunde rechts, 3 Zoll vom proc. ensiformis zwischen der 6. und 7. Rippe:

Vorfall eines faustgrossen Lungenstückes, das sich bei der Inspiration jedesmal aufblähte. Kein Pneumothorax. Repositionsversuche erfolglos.

Anschwellung, Röthe, Schmerzhaftigkeit des vorgefallenen Theiles; allmäliges Schwinden dieser Symptome mit spontanem, langsamem Rückschritt des Prolapsus und Verkleinerung der Oeffnung im Laufe eines Monats.

Die Therapie bestand nur im Auflegen beölter Compressen.

W. Grube (Charkow).

L. Wyschinsky. Ein Fall von Schussverletzung der linken Schulter.

(Sitzungsberichte der med. Gesellsch. zu Charkow 1875. Beilage No. 1. p. 49.)

Beschreibung eines Falles aus der Klinik des Ref.: comminutive Fractur am oberen Drittheil des Humerus und dem Acromialende der Clavicula. Verletzung des Gelenks durch grobes Schrot. Sofortige primäre Resection. Nach 5 Wochen Entlassung mit guter activer Beweglichkeit der Extremität. Hieran anknüpfend, spricht sich Verf. gegen die passiv conservative Behandlung bei Schussverletzungen überhaupt aus und befürwortet die primären Operationen bei denselben.

W. Grube (Charkow).

Bucholtz. Ueber drei im Warschauer Ujazdow'schen Militärhospitale operirte Fälle von Uteruskrebs.

(Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1875. No. 20.)

Von 20 Kranken mit Uteruskrebs wurden 3 operirt und verliesssen anscheinend genesen das Hospital, 10 erlagen ihren Leiden und 7 wurden auf eigenen Wunsch entlassen. In dem ersten Falle war Patientin noch 3 Jahre nach der Operation (Chassaignac'scher Ecraseur) vollständig gesund. In dem 2. Falle war bereits nach 8 Monaten Recidiv vorhanden. Die 3. Patientin im Nov. 1873 operirt, verliess am 15. Decbr. 1873 angeblich geheilt das Hospital. — Bezüglich der Diagnose macht Verf. darauf aufmerksam, dass manche Fälle, welche zuerst für Uteruscarcinom gehalten wurden, nachträglich sich als andere Processe erwiesen. In einem solchen Falle mit der nach Spiegelberg pathognostischen Unverschiebbarkeit der Vaginalschleimhaut besserte sich das Aussehen des Mutterhalses unter localer Anwendung von Jodtinctur, Ungt. kal. jod., Blutentziehungen und Cauterisationen sehr schnell, so dass die jahrelang sterile Frau seitdem 2mal schwanger gewesen ist. Ebenso machte ein Fall von Polyp der inneren Schleimhaut der hinteren Muttermundslippe diagnostische Schwierigkeiten. **Tillmanns** (Leipzig).

C. Maunder. Subcutane Operation bei Anchylose des Kniegelenks.

(British med. Journal 1875. Vol. II. p. 262. — British med. Associat.)

Der 23jährige Pat. hatte sich vor 3 Jahren die Kniescheibe in 3 Stücke gebrochen und das steif gewordene Knie noch weitere 2 Male verletzt, er ging wie ein Mann mit einem Stelzfusse, das rechte Bein beim Gehen im Bogen schwingend. Das Gelenk war der Sitz einer unbeweglichen Anchylose zwischen Kniescheibe, Ober- und Unterschenkel. Nach in der Narkose gemachten, kräftigen Beugeversuchen, wobei Adhäsionen hörbar gelöst wurden, folgte starke Reaction ohne Besserung der Function. Nach 14 Tagen löste M. mittelst starken Tenotoms die von den Patellarfragmenten ausgehenden Bänder und Adhäsionen und brachte nun das Bein in Beugestellung, schon am 4. Tage konnten passive Bewegungen gemacht werden, bald folgten active und nach 7 Wochen konnte Pat. mit kaum merklichem Hinken gehen. **Pilz** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 46. **Sonnabend, den 13. November.** **1875.**

A. S. Ulrich. Pathologie und Therapie der muskulären Rückgratsverkrümmungen.

(Bremen, C. E. Müller's Verlag. 1874. 109 S. 3 Taf. Abbild.)

Verf. beginnt im 1. Kapitel mit einer Eintheilung der Rückgratsverkrümmungen, je nach dem localen oder constitutionellen, muskulären, ossiculären oder gemischten Ursprung des Leidens und stellt dann zunächst den Begriff der Kyphosis, Lordosis, Scoliosis fest. — Die Rückwirkung des vorhandenen Localleidens auf den Gesammtorganismus, sowie die Abhängigkeit der muskulären von den ossiculären Affectionen und umgekehrt, werden besonders betont. Die muskulären Rückgratsverkrümmungen sind die häufigsten; ihnen ist speciell das 2. Cap. gewidmet, in welchem Verf. sich eingehend über die Mängel der modernen Kindererziehung verbreitet, namentlich in Rücksicht auf die vernachlässigte körperliche Ausbildung. Er stellt das gewiss sehr berechtigte Verlangen, dass kein Kind vor dem 7. Jahre

in den Schulunterricht eintrete und dass die Gesammtstudienzeit des Kindes 3—4, die des Jünglings und der Jungfrau 6—8 Stunden täglich nicht überschreite. Die localen und allgemeinen Folgen des zu anhaltenden Stillsitzens werden in düstern Farben geschildert und zweckmässige diätetische Vorschriften für Kinder hinzugefügt, wobei Verf. besonders auf die übliche Bekleidung kleiner Mädchen aufmerksam macht und Schnürleiber und Corsets, namentlich aber auch die tief ausgeschnittenen sog. Leibchen proscribirt, welche »nur bis an oder sogar noch 1—2″ unter die Schulterhöhe reichen und die freie Bewegung der Arme, namentlich die Erhebung derselben in der Seitenebene, hindern«. — In den körperlichen Uebungen ist jede Ueberanstrengung schädlich, jede einseitig vermehrte Entwicklung des Organismus streng zu verhüten. —

Eingehend auf die einzelnen Arten der Rückgratsverkrümmungen, bezeichnet Verf. als Ursache der muskulären Formen der Kyphosis vorzugsweise lang anhaltende Stellungen und Lagen, welche Dehnungen der Rückenmuskeln bedingen. Dadurch werde ein Ueberwiegen der Muskulatur der vorderen Thoraxseite herbeigeführt, die sehr häufig noch ganz besonders durch unvernünftigen Betrieb gymnastischer Uebungen vermehrt werde. In dieser Hinsicht sei auch das Tragen von Schultornistern schädlich. —

Nach wenigen kurzen Bemerkungen über die Lordosis bespricht Verf. 3. die Scoliosis, als deren hauptsächlichste Ursachen er die ungleiche Uebung der Muskeln beider Körperhälften (vorzugsweiser Gebrauch der rechten) bezeichnet. Er beschreibt verschiedene Grade der Scoliose, deren Abgrenzung von einander übrigens eine vollkommen willkürliche und fluctuirende ist. — Verf. sucht dann die schädliche Wirkung des stärkeren Gebrauches namentlich der rechten oberen Extremität näher zu begründen. Bei jedem Erheben des Armes sollen Wirbel und Intervertebralknorpel der Lendengegend der gleichnamigen, der Dorsalgegend der entgegengesetzten Seite schärfer aufeinandergepresst werden, wodurch eine Ueberbiegung mit der Convexität hier nach links, dort nach rechts herbeigeführt werde. — Die Torsion der Wirbel erklärt er in folgender Weise: auf jeden in dem nach rechts convexen Dorsaltheil der Wirbelsäule befindlichen Wirbel wirkt der Druck des darüber liegenden Körpertheiles im Sinne einer Seitwärtsschiebung nach der convexen Seite. Diese Schiebung ist am vorderen und hinteren Ende der Wirbel gleich stark, aber die Abweichung dieser Enden ist verschieden, weil die Befestigung der Rückenwirbel aneinander auf der hinteren Seite (durch die fest aneinanderdrückenden Gelenkfortsätze, die Muskeln, die festen ligg. flava, capsularia, interspinalia, apicum und intertransversalia) ausserordentlich viel stärker ist, als auf der vorderen, wo sie allein durch das ligam. longitud. anter. (möglicherweise auch etwas durch das poster.) hergestellt wird. Jene wirkt der Seitenschiebung der Wirbel nach rechts sehr kräftig entgegen, während der Widerstand der letzteren gegen dieselbe nur ein sehr geringer sein

kann. Da nun ausserdem in Folge der normalen Rückenkyphose »eine Abnutzung der Vorderseite des Corpus der Wirbel mit fast gänzlichem Verschwinden des Vordertheils des Intervertebralknorpels stattfindet, und ausserdem durch die abnorme Krümmung eine ähnliche Abnutzung der linken Seite des Wirbelkörpers entsteht, so wird die oben erwähnte relativ schwache Vorderseitsbefestigung hierdurch noch schwächer«. Es erklärt sich also daraus die Drehung der Wirbelkörper nach rechts und der proc. spin. nach links. —

Enthält diese Theorie gewiss manches Wahre, so werden freilich die Behauptungen des Verf., die er bei Besprechung der Scoliose in Folge schiefer Stellung des Beckens aufstellt, gerechtes Bedenken erregen müssen. Seiner Meinung nach befindet sich nämlich bei einer sehr grossen Anzahl von Menschen das Becken in schiefer Stellung. Die eine, meist die rechte crista ilei steht höher als die andere, eine Differenz, die meist nur gegen 1 Zoll, zuweilen aber auch bis 2 Zoll (?!) betrage, ohne dass die Patienten oder ihre Umgebung es jemals gemerkt hätten. Die geringfügigsten Umstände, z. B. beim Treppensteigen stets mit demselben Fuss voran zu treten, öfteres Ruhen auf demselben Beine etc. sollen die Ursache hiervon sein können, indem dadurch ungleiche Uebung der unteren Extremität veranlasst wird, welche wieder zu ungleicher Entwickelung der letzteren sowohl in Bezug auf Umfang wie auf Länge (?!!) der Beine führe. (Selbst die Richtigkeit dieser durch nichts bewiesenen, zum mindesten sehr auffallenden Behauptung, die anderweitiger Constatirung doch dringend bedürftig wäre, einmal zugegeben, so würde eine ungleiche Länge der Beine doch immer nur eine statische Scoliose herbeiführen können, die sich bekanntlich so gut wie niemals fixirt und eine andere Therapie als eine die Verkürzung des einen Beines ausgleichende Prothese nicht erfordert. Ref.)

Das 3. Kap. behandelt die Therapie der Rückgratsverkrümmungen im Allgemeinen. Nachdem Verf. die beschränkte Wirkungssphäre medicamentöser (Eisen-Leberthran etc.) und chirurgischer Mittel (Myotomien) sowie der Electricität hervorgehoben, dagegen die grosse Wichtigkeit einer geeigneten Diätetik im weitesten Sinne des Wortes betont hat, nachdem er Bädern und Douchen einen geringen Werth eingeräumt, eigentlich orthopädischen Curmethoden und Apparaten aber so gut wie jeden Nutzen abgesprochen, wendet er sich zur ausführlichen Besprechung der »gymnastischen« Behandlungsweise. Unter Gymnastik will er aber nicht das verstanden wissen, »was z. B. in Deutschland leider als Turnkunst in die Mode gekommen ist« und was, »Zufälligkeiten ausgenommen, nicht anders als schädlich und verderblich auf die Gesundheit und Schönheit des Körpers wirken kann«, sondern die »wissenschaftliche Gymnastik, geschaffen von Pehr Henrik Ling, neben Linné und Berzelius der glänzendste Stern am Himmel Schwedens, die sobald die Menschheit hinreichend aufgeklärt worden, zuletzt einmal über den ganzen Erdboden verbreitet werden wird.« — Die Gymnastik, in Deutschland gewöhnlich schwedische

Heilgymnastik genannt, wirkt durch active, halbactive und passive Bewegungen (unter den halbactiven werden solche Uebungen verstanden, bei welchen den Bewegungen des Patienten durch den Arzt ein grösserer oder geringerer Widerstand entgegengesetzt wird) und sind dieselben gerichtet: 1) auf die allgemeine Stärkung der Muskeln und Nerven; 2) auf die Beförderung der Respirationsthätigkeit; 3) auf die Beförderung von Ernährung und Wachsthum, Vermehrung der peristaltischen Darmbewegungen und Erhöhung der Innervation des vegetativen Nervensystems (Bewegungen, welche die Bauchmuskeln stärken); 4) auf locale Kräftigung gewisser Muskeln des Rückens und des Rumpfes. Endlich sollen 5) individuell vorhandene Symptome besonders berücksichtigt werden.

Das 4. Cap. schildert nun die den einzelnen Zwecken dienenden Bewegungen und Uebungen genauer, welche bei aller Mannigfaltigkeit und bei allen Nebenintentionen schliesslich sämmtlich den einen Endzweck verfolgen, eine starke Streckung der Wirbelsäule und des Rumpfes herbeizuführen. Eine Reihe von Beispielen erläutert die Art und Weise, wie eine schwächere und stärkere Contraction bestimmter Muskeln und Muskelgruppen erzwungen werden kann. Schliesslich werden gegen Kyphose, Lordose und Scoliose eine Reihe von Uebungen bestimmt vorgeschrieben, welche im Original nachgesehen werden müssen.

Das Buch ist mit warmer Ueberzeugung geschrieben und trotz mancher Uebertreibungen und gewagter Behauptungen namentlich hinsichtlich der therapeutischen Vorschriftten wohl der Beachtung werth.

Schede (Berlin).

E. Rindfleisch. Chronische und acute Tuberkulose.

(Handbuch der spec. Pathologie und Therapie, herausgegeben von H. v. Ziemssen. Bd. V. 226 S. 1874.)

Ueber die vorliegende Arbeit R.'s können wir leider nicht mit der Ausführlichkeit berichten, wie wir wohl möchten. Es sei uns gestattet, die Hauptpuncte aus dem allgemeinen Theil der so anregenden Darstellung des Verf. kurz zu sciziren, welche nicht nur für den Anatomen, sondern auch für jeden wissenschaftlichen Praktiker von ganz besonderem Interesse sind. —

Bekanntlich wurden vorzugsweise durch Rokitansky die Lehren Laënnec's über die graulich durchscheinende Granulation und deren Umwandlung zum gelben Tuberkel bei den deutschen Klinikern und Anatomen eingebürgert. Besonders war es dann Virchow, welcher anderen Anschauungen Bahn brach, indem er betonte, dass nicht alle käsigen Massen in phthisischen Lungen aus der grauen, halbdurchsichtigen Tuberkelgranulation hervorgingen. Er unterschied bezüglich des Begriffs »käsig« 1) käsig-entzündlich (Eiter, zellenreiche Neubildung), 2) käsig-tuberkulös. Als Tuberkel sollte fortan nur der miliare Tuberkel angesehen werden. Von weiterer Bedeutung für die

Pathologie der Tuberkulose waren die Villemin'schen Versuche über die Uebertragbarkeit der Tuberkulose durch Impfung von Miliartuberkeln, käsiger Materie, Sputis etc. bei Kaninchen und Meerschweinchen, während Buhl die Ansicht aussprach, dass die Miliartuberkulose als eine Resorptionskrankheit aufzufassen sei und Virchow besonders darauf aufmerksam machte, dass bei acuter disseminirter Tuberkulose irgendwo im Körper ein käsiger Heerd bestände. So wurde der miliare Tuberkel etwas seiner Originalität beraubt, er wurde Resorptionsknötchen, um so mehr, als Waldenburg bewies, dass es für das positive Gelingen der Impfungen gleichgültig sei, was man impfe, wenn nur das Gift eine feinkörperliche Beschaffenheit habe. Von Wichtigkeit war endlich der durch Cohnheim und Fränkel gebrachte Aufschluss von der eigenthümlichen Disposition der Kaninchen und Meerschweinchen, nach welcher die Entzündungsprodukte bei diesen Thieren überhaupt rasch verkäsen; die blosse Erregung eines Entzündungs- oder Eiterungsheerdes genüge, um die Thiere tuberkulös zu machen oder vielmehr, dass sie sich selbst tuberkulisiren. —

Wie bei gewissen Thieren, so finden wir diese Prädisposition für die Tuberkelbildung nach R. auch bei einer bestimmten Gruppe von Menschen, bei den Scrophulösen. Auch hier besteht eine Neigung »zu einer Verschleppung« eines acut entzündlichen Infiltrates im Bindegewebe. Nach Verf. ist das scrophulöse Exsudat aus eigenthümlich grossen Zellen zusammengesetzt, vielleicht entstanden durch Vergrösserung der ausgewanderten Blutkörperchen, welche durch Intussusception eiweissartiger Substanzen im Bindegewebe anschwellen, in diesem Schwellen aber absterben und allmälig zerfallen. Diese Consequenzen sind wichtig. Der scrophulöse Katarrh ist darum ganz anders, als ein einfacher, die scrophulöse Entzündung im Bindegewebe anders, als bei Individuen mit normaler Constitution. Bezüglich des Katarrhes ist besonders der verschiedene Grad der zelligen Infiltration entscheidend; bei Scrophulösen liegen die Zellen sehr dicht unter dem Epithel in dem bindegewebigen Parenchym der Mucosa, sie wandern zum Theil an die Oberfläche aus, werden secernirt, oder gehen in die Lymphanfänge, oder aber es bildet sich durch fettigkörnige Entartung ein Detritus, welcher sich ebenfalls der Lymphe beimischt. In der Entstehung und dem Transport dieses Detritus haben wir möglicher Weise die Entstehung und den Transport des Tuberkelgiftes. Auch die scrophulöse Entzündung im Bindegewebe hat einen »bleibend infiltrativen Charakter«. Das sehr zellenreiche Infiltrat im Bindegewebe erstarrt mit letzterem zu einer dicken, grau durchscheinenden Masse, welche, da sie dem Blut unzugänglich ist, allmälig abstirbt. So entstehen scrophulös-käsige Entzündungen, welche man besonders rein am Hoden und Gehirn sieht. Der Zerfall des scrophulösen Infiltrates erfolgt durch chemische Metamorphose: Fetttröpfchen, Eiweisskörnchen, ungekannte lösliche Substanzen werden producirt und verfallen der Resorption. Diese Erscheinungen zeigen eine grosse

Uebereinstimmung mit der tuberkulösen Prädisposition gewisser Versuchs-Thiere, hier wie dort liegt der Grund derselben in dem besonderen Ablauf der primären Entzündung, »welche in ihren käsigen Infiltraten und eitrigen Schleimhautsecreten selbst das Gift erzeugt, welches in die Säftemasse des Körpers aufgenommen, die Tuberkulose hervorbringt«. Die Selbsttuberkulisirung der Scrophulösen kann z. B. durch eitrige Gelenkentzündung, durch einen Dünndarmkatarrh etc. erfolgen. Die käsigen Lymphdrüsen-Intumescenzen, nach allen älteren Autoren das pathognomonische Product der Scrophulose, sind nach R. stets echt tuberkulöse Drüsen (Schüppel), mit Riesenzellen, submiliaren Knötchen und entzündlich hyperplastischer, wahrscheinlich secundärer Entzündung des benachbarten Drüsenparenchyms. Die sogenannte Lymphdrüsenscrophel ist somit nach R. als ein tuberkulöses Phänomen anzusehen. Für das Gesammtverhältniss der Scrophulose zur Tuberkulose ergiebt sich nach Verf. »eine ganz ähnliche Aufeinanderfolge der Erkrankungen, wie wir sie bei der Invasion einer bösartigen Neubildung antreffen«. —

Weiter wird die Anatomie des Tuberkels erörtert. Er ist aufzufassen als kleiner umschriebener, blutleerer Heerd scrophulöser Entzündung mit infiltrativem Charakter, Neigung zur Verkäsung. Er besteht aus grosszelligem Keimgewebe als dem specifischen Product scrophulöser Tuberkulose. Die Zellen sind etwa 2—3Mal so gross als weisse Blutkörperchen; an der Peripherie des Tuberkels findet sich eine kleinzellig entzündliche Wucherung, welche allmälig in normales Bindegewebe übergeht. —

Bezüglich der Entstehungsgeschichte des miliaren Tuberkels ist zu bemerken, dass derselbe von den stabilen Zellen des »Blutgefässbindegewebes« (Endothelien der Blut- und Lymphgefässe, der serösen Häute, »fixen Bindegewebskörperchen«) ausgeht. Die im Beginn auftretenden Riesenzellen sind für den Tuberkel ohne pathognomonische Bedeutung, sie sind nichts anderes, als eine durch Vermehrung des Protoplasma und Kerntheilung zu dem bekannten vielkernigen Klumpen umgestaltete Endothel- resp. Bindegewebszelle. Die Riesenzellen liegen bei den kleineren Tuberkeln in der Regel in der Mitte, bei den grösseren mehr an der Peripherie. Sie kommen auch in nicht tuberkulösen Neubildungen vor, andererseits gehen sie durch Furchung in einen entsprechend grossen Haufen kleiner Zellen über, ohne dass deshalb der Charakter der ganzen Neubildung geändert würde. Am Omentum majus kann man das Initialstadium des Tuberkels am besten studiren, hier sieht man, dass ein kleinster Tuberkel dargestellt wird durch eine völlig umschriebene knotige Auftreibung eines einzelnen völlig frei verlaufenden, gefässlosen Bindegewebsbälkchens und wie diese Auftreibung lediglich durch eine Wucherung der »fixen Bindegewebskörperchen« in und der Endothelzellen auf dem Bindegewebsbälkchen entsteht.

Somit ist der Tuberkel ein »durch Resorption reizender Dinge erzeugter minimaler Entzündungsheerd, das Substrat der loca-

len Reizung ist eine stabile Zelle des »Blutgefässbindegewebsapparates«.

An den Gefässen selbst zerfallen die Endothelhäute durch Wucherung in ihre Elemente, durch die Neubildung obliteriren die Blut- und Lymphcapillaren. Aus »dieser formativen Reizung der Gefässwand« combinirt mit der bei Scrophulose statthabenden mangelhaften Blutfüllung lässt sich vielleicht die absolute Blutlosigkeit des Tuberkels erklären. — Ist der Tuberkel über das erste Stadium seiner Entstehung hinaus, so wird er selbst zu einem Endzündungsreiz für das Bindegewebe, deshalb die Erscheinungen der gewöhnlichen entzündlichen Exsudation.

So fusst also die menschliche Tuberkulose nach R. im Wesentlichen auf der Scrophulose, über deren Wesen wir aber noch wenig aufgeklärt sind. Ein Missverhältniss der Blutmenge zum Körpergewicht scheint R. »ein fundamentales Ingredienz« zu sein, combinirt mit einer Abnormität der gesammten Vegetation, die sich namentlich in dem besonderen Ablauf der Entzündungen kennzeichnet. Die Hauptgefahr der Scrophulose liegt in der Möglichkeit des Hinzutretens der Tuberculose, eine Entzündung irgendwo genügt, um in Folge der Resorption der eigenen Entzündungsproducte die Eruption zahlreicher metastatischer Entzündungsheerde, der Miliartuberkel, zu veranlassen.

Es folgt die specielle Darstellung der chronischen Tuberkulose, der Blutungen, der Pleuritis etc., auf welche wir nicht näher eingehen können. Die wichtigen Hauptpuncte aus dem ersten Theil der vorliegenden Arbeit dagegen glaubte Ref. ausführlicher mittheilen zu sollen, weil sie für die so lebhaft geführte Discussion der Tuberkulose von ganz besonderer Bedeutung sein dürften. —

Tillmanns (Leipzig).

A. Thierfelder. Ueber die Bedeutung der provisorischen Knorpelverkalkung.

(Arch. d. Heilkunde 1875. 16. Jahrgang. Hft. 5 u. 6.)

Verschiedene Betrachtungen und Berechnungen führen den Verf. in Bezug auf die pathologische Verkalkung zu dem Satz: »Je weiter ein Gewebe von den Canälen der Nahrungszufuhr abliegt, um so träger wird es von der Ernährungsflüssigkeit durchströmt und um so günstigere mechanische und chemische Bedingungen bietet es für die Ablagerung von Kalksalzen dar«.

Dasselbe findet bei der Knorpelverkalkung an der Verknöcherungsgrenze der Diaphysen beim normalen Wachsthum statt, woraus sich der regelmässige, säulenförmige Aufbau neuer Knochensubstanz nach Verf. erklärt. Jedes gegen den Knorpel aufsprossende Capillargefäss baut sich einen Hohlcylinder aus Kalksalzen und zwar vorwiegend nach mechanischen Gesetzen. **A. Bidder** (Mannheim).

P. Zech. Die Physik in der Electro-Therapie.

(Tübingen, **H. Laupp**'sche Buchhdlg. 1875. 172 S. mit 50 Holzschnitten.)

Das vorliegende Buch, welches aus Vorträgen entstanden ist, die Z. vor einer Anzahl von Aerzten gehalten hat, geht in ausführlicher Weise auf die physikalischen Bedürfnisse der Electrotherapeutik ein, indem er die nothwendigen physikalischen Begriffe in klarer Weise entwickelt und ferner liegende Capitel, sowie veraltete Apparate, nur kurz bespricht oder eben nur erwähnt; rein physiologische oder therapeutische Thatsachen citirt Verf. nach bewährten Autoren, da er »selbstverständlich kein praktischer Electrotherapeut ist.«

Von besonderem Werthe dürfte das Buch dadurch sein, dass Verf. sich der Mühe unterzogen hat, eine Reihe von physikalischen Irrthümern, welche in den gelesensten Schriften über Electrotherapeutik hier und da zerstreut sind, aufzusuchen und in rein sachlicher Weise nach den Lehren der Physik zu beleuchten und zu berichtigen. So vermisste er u. a. (p. 73) bei der Deutung der Erb'schen Versuche über den Widerstand, welchen ein Strom im menschlichen Körper erleidet (Arch. f. Psych. und Nervenkr. Bd. IV. Hft. 2. p. 271), die Berücksichtigung der Polarisation und der dadurch hervorgerufenen Gegenströme innerhalb des menschlichen Körpers und giebt die Methode an, wie bei derartigen Versuchen auch diesen Factoren Rechnung getragen werden kann.

Auch den physicalischen Vorgängen bei der Galvanokaustik ist eine ausführliche Besprechung zu Theil geworden. Z. glaubt als Physiker unbedingt das Grove'sche Element in der von Poggendorf angegebenen Form empfehlen zu müssen. — Die Tangentenboussole wird für den Electrotherapeuten nie eine grosse Bedeutung gewinnen können, weil die Ableitung eines Resultates aus ihren Angaben zu complicirt ist: zur Untersuchung einer Batterie mit grossem Widerstande wird man stets am besten die Wasserzersetzung verwenden; bei kleinem Widerstand (galvanokaustische Batterie) wird man Glühversuche an rohem Fleische machen oder aus der bekannten electromotorischen Kraft und dem bekannten Widerstand durch Rechnung zum Ziel kommen.

Unter den Inductionsapparaten hätte der von Hirschmann in Berlin construirte sehr brauchbare Apparat, welcher vor dem Stöhrer'schen entschieden den Vorzug verdient, eine Erwähnung finden müssen.

Zum Schluss giebt Verf. eine Beschreibung des von Brenner zusammengestellten electrotherapeutischen Gesammtapparates, ausserdem verschiedene physikalisch-mathematische Details in Anmerkungen und eine Zusammenstellung von Preiscouranten renommirter Anfertiger von electrotherapeutischen Apparaten. Die Ausstattung des Buches, sowie die Holzschnitte, sind gut. **Seeligmüller** (Halle).

Horteloup. Traitement de la syphilis par les fumigations mercurielles.

(La France médicale 1875.)

Verf. hat die Methode, die Syphilis mit Calomelräucherungen zu behandeln, aus England überkommen, wo sie namentlich von H. Lee sehr ausgebildet ist.

Der nöthige Apparat ist einfach herzustellen; eine wassergefüllte Metallschale, welche einen kleinen Tiegel zur Aufnahme des Calomel enthält, wird auf eine Spirituslampe gesetzt; man beginnt mit 1 Grm. Calomel und kann allmälig bis zu 3 Grm. steigen.

Die Kranken liegen in einen Bettbezug vollständig eingehüllt auf einer aus Latten zusammengesetzten oder wenigstens vielfach durchbohrten Bank; unter ihnen steht der Räucherapparat. Nach 10 Minuten sind sie meist in Schweiss gebadet. In einer viertel Stunde pflegt das Calomel verdampft zu sein; man löscht jetzt die Lampe und lässt den Kranken noch weitere 10 Minuten in dem Dampfe liegen. Hierauf wird er zu Bette gebracht, doch bleibt er noch $^{3}/_{4}$ Stunden in seinem Ueberzug, der nur, wenn Athembeschwerden eintreten sollten, momentan gelüftet werden darf. Verf. hat in dieser Weise 1873 und 1874 145 Kranke behandelt, von denen 12 die Cur nach den ersten Räucherungen unterbrachen. Von den übrig bleibenden 133 trat bei 9 keine Besserung ein, 43 sind wesentlich gebessert (viele von diesen hätten ganz geheilt werden können, wenn sie die Cur länger fortgebraucht hätten) und 81 sind völlig geheilt entlassen. Die 9 nicht Geheilten wurden bis auf einen im Jahre 1873 behandelt.

Von den 81 geheilten litten 98 (? 68) an breiten Condylomen (meist wuchernd und stark nässend) u. z. in 19 Fällen am weichen Gaumen und den Mandeln, in 13 an den Lippen, in 21 am Anus, in 22 am Scrotum. In 21 Fällen fand sich Roseola, in 24 papulöse Syphilide, in 25 leichtere Ulcerationen. Es gehören demnach die meisten Symptome den früheren Stadien der Syphilis an.

Obwohl die Räucherungen (nach dem Rathe der Engländer) immer noch nach dem Verschwinden der Symptome fortgesetzt wurden, hat jeder Kranke durchschnittlich doch nur 13 gebraucht u. z. täglich eine. Nach 6 bis 7 Räucherungen zeigte sich meist schon Besserung. So kam ein Kranker in Behandlung, dessen Anus, Perineum, Scrotum und Genito-Cruralfalte mit einer zusammenhängenden Masse von condylomatösen Wucherungen bedeckt waren, die einen scheusslichen Gestank verbreiteten. Nach 2 Räucherungen war der Geruch beseitigt, nach 4 waren die Wucherungen auf die Hälfte reducirt, und nach der 7. war nur noch eine röthliche Färbung der Haut übrig, die nach einigen Tagen gänzlich verschwand.

Von den 43 gebesserten Kranken zeigten 21 ähnliche Erscheinungen, wie die eben besprochenen Geheilten; bei 22 waren die Leiden schwerer. Aus der Zahl der 21 ersteren blieben bei 2 breite

Condylome zwischen den Zehen, bei 3 am Anus, und 16 wurden bis auf Condylome der Mundschleimhaut geheilt; es waren diese letzteren ausnahmslos starke Raucher. Bei den 23 anderen war die Besserung eine geringe; Verf. stellt sie mit den 9 nicht geheilten zusammen. Einzelne von ihnen litten an frühzeitigen Erscheinungen der Syphilis; es waren trockene confluirende Syphilide, gegen welche bis 56 Räucherungen ohne Erfolg angewandt wurden. Andere litten an Knoten-Syphiliden, Rhypia und Ekthyma; hier wie bei allen Formen der tertiären Lues blieben die Räucherungen unwirksam. Um die Wirksamkeit der Räucherungen ganz sicher constatiren zu können, unterliess Verf. daneben jede andere Behandlung; die Condylome wurden weder gewaschen noch mit Charpie betupft. Nur wenn sich die Räucherungen unwirksam zeigten, wurde Jodkalium, oft mit sehr gutem Erfolg, gegeben.

Was die Art der Einwirkungen mercurieller Räucherungen betrifft, so legt Bunstead in New-York das Hauptgewicht auf die Inhalation der Dämpfe. Mit ihm spricht Verf. der gesunden Haut jede erhebliche Resorptionskraft ab, nimmt aber an, dass die mit feuchten Syphiliden behaftete Haut stark resorbire. Einem Kranken mit confluirendem papulösem Syphilid (es widersteht diese Form sonst immer den Räucherungen) liess Verf. ein grosses Vesicator legen und ihn dann den Räucherungen aussetzen; nach 8 Tagen waren nur noch blasse Flecke sichtbar. Es spricht diese Beobachtung für die Ansicht des Verf.

Die Räucherungen werden meist sehr gut vertragen; 3 Mal sah Verf. Stomatitis eintreten, die nach dem Aussetzen der Räucherungen schnell verschwand, Ueber Athemnoth während derselben klagten zwei Kranke; Verf. empfiehlt die Procedur nur in grossen, vorher gut gelüfteten Zimmern vorzunehmen, auch die Kranken nachher nicht in denselben schlafen zu lassen. Bei dieser Vorsicht kann man auch schwächliche Personen unbedenklich räuchern.

Ob die Recidive seltener sind, als bei anderen Behandlungsweisen, wagt Ref. noch nicht zu entscheiden; von den 105 im Jahre 1873 geräucherten Pat. sind nachweislich 12 später wieder behandelt worden. Die Indicationen für seine Behandlung stellt Verf. in folgender Weise:

Ausschliesslich mit Räucherungen sind frühzeitige Ulcerationen, breite Condylome, Impetigo und eiternde Ekthyma zu behandeln; in Verbindung mit Jodkalium sind dieselben bei späteren Formen indicirt, bei knotigen und borkigen Syphiliden, sowie bei tieferen Ekthymapusteln.

A. Genzmer (Halle).

F. Kaulbars. Trophische und vasomotorische Störungen peripherer Nervenverletzungen.

Inaug.-Diss. Jena 1874.

Verf. theilt 4 Fälle von traumatischer Lähmung der oberen Extremität mit (bei den beiden ersten sind Krankengeschichten von

Nothnagel benutzt). Im 1. Fall entstand, in Folge einer durch Herabstürzen von einer Treppe hervorgerufenen Luxatio subcoracoidea, motorische und sensible Lähmung der rechten Oberextremität mit bedeutender Abmagerung der Musculatur und ausserdem Querfurchung der Nägel, starke Epithelabschilferung in der Hohlhand und anfallsweise auftretendes Hitzegefühl (mit auch objectiv erhöhter Temperatur) in der ganzen Extremität neben rosarother Färbung der Hand. Im 2. Falle hatte das Anprallen eines Steines gegen die rechte Seite des Kopfes und die rechte Schulter eine Lähmung des rechten Armes mit Atrophie, besonders in der Schultergegend und Erweiterung der rechten Papille bei verengter (?) Lidspalte (offenbar auf traumatischer Reizung des rechten Halssympathicus beruhend, was von Verf. ganz übersehen ist. Ref.) zur Folge. Die gelähmte rechte Oberextremität war im oberen Theile blässer, als die linke, im unteren dagegen blauroth gefärbt, am intensivsten am Daumen und den 2 ersten Fingern. Die beiden letzten Fälle betreffen Drucklähmungen, durch Schlafen auf dem Arm entstanden. Im 4. Falle fand sich, ausser der Lähmung und Atrophie der Muskeln im Gebiete des linken N. radialis, Blässe und Dünnheit der Haut an der Dorsalseite der ersten 3 Finger und der entsprechenden Metakarpalknochen.

Seeligmüller (Halle).

A. Zsigmondy. Der Gypssackverband, eine neue Methode des Gypsverbandes.

(Vortrag, gehalten in der 48. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Graz, 19. Septbr. 1875.)

(Wiener allgem. med. Zeitung 1875. No. 39.)

Der Verf. beabsichtigt mit seiner Modification des Gypscataplasma die Ausführung des Gypsverbandes zu erleichtern, und denselben für Kriegsfälle besonders tauglich zu machen. Er lässt aus einem Leinwand- oder Flanellstück einen entsprechend grossen Sack nähen, füllt denselben schwach mit Gypspulver, näht ihn bis auf eine kleine Oeffnung zu und bringt dann denselben in Wasser. Die Luft entweicht durch die Oeffnung, der gut durchfeuchtete Sack wird auf einem Brett ausgebreitet, unter das zu verbindende Glied gebracht und mit Bindentouren befestigt. Um den Verband leichter und zu gleicher Zeit fester zu machen, bringt Z. Scheidewände aus Gewebslagen oder Schusterspähne in dem Sacke an.

Wo der Verband über eine winkelige Beugung angelegt werden soll, werden Zwickel aus dem Sacke herausgeschnitten und dessen Wände wieder vernäht.

Winiwarter (Wien).

Jaesche. Zur Aetiologie der acuten eiterigen Zellgewebs-Infiltration nach dem Steinschnitte.

(Vortrag, gehalten am 4. Sitzungstage des IV. Congresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, am 10. April 1875.)

(Arch. f. klin. Chirurgie 1875. Bd. XVIII. Hft. 4.)

J. hatte Gelegenheit, eine grosse Anzahl von Steinschnitten bei männlichen Individuen jedes Alters vom 2. Lebensjahre an zu machen, da im ganzen Osten Mittel-Russlands die Steinkrankheit endemisch herrscht. — Während ältere Individuen nach Operationen häufig an der durch die Grösse des Concrements bedingten Entartung der Harnorgane zu Grunde gehen, überstehen Kinder die Operation sehr gut. — Doch verlor J. 3 Patienten an eitriger Zellgewebsinfiltration, als deren Ursache er annimmt, dass bei Verklebung der äusseren Wundflächen und Undurchgängigkeit der Harnröhre der zersetzte Urin in das Zellgewebe der Wunde hineingetrieben wird. — J. machte 1871 16 Lithotomieen mit 2 Todten (Tuberkulose und Peritonitis), 1872 18 mit 2 Todten (beide Male Peritonitis), 1873 12 mit 4 Todten (Cholera, Wunddiphtherie, Erysipel, Phlegmone mit Peritonitis), 1874 17 mit 2 Todten (Nierendegeneration, Phlegmone mit Peritonitis); im Ganzen in 4 Jahren 63 Operationen mit 10 Todten.

Maas (Breslau).

J. Grünfeld. Auto-Endoscopie der Urethra.

(Wiener allgem. med. Zeitung 1875. Nr. 36.)

Zur Selbstuntersuchung der eigenen Harnröhre verwendet G. ein gerades Endoscop mit Conductor oder ein gerades gefenstertes Endoscop, einen Planspiegel, eventuell im Centrum durchbohrt, und directes Sonnenlicht. Der Beobachter sitzt mit dem Rücken gegen die Lichtquelle, hält mit einer Hand das Endoscop horizontal oder schräg nach aufwärts, mit der anderen dirigirt er den Spiegel derart, dass die reflectirten Sonnenstrahlen in das Instrument einfallen können und er zugleich das Bild der Urethra im Spiegel wahrnehmen kann. Die Entfernung des Auges des Selbstbeobachters von dem Spiegel beträgt zwischen 60—70 Ctm.; Myopen und Hypermetropen brauchen daher entsprechende Brillengläser zur deutlichen Wahrnehmung des Spiegelbildes. Ein zweiter Beobachter kann die Urethra zur selben Zeit endoscopiren, wenn sein Auge sich hinter dem Spiegel befindet und durch dessen centrale Oeffnung direct in das Endoscop blickt.

Winiwarter (Wien).

A. Bergeron. Traitement curativ des varices superficielles des membres et de la cirsoide par le simple isolement des veines.

(La France médicale 1875.)

Verf. beschreibt die Methode Rigaud's (Nancy), Unterschenkel-Varicen durch Isolation der Venen zur Heilung zu bringen; da bereits 150 Pat. in dieser Weise mit gutem Erfolg behandelt sind, kann die

Ansicht Verneuil's, der die Coexistenz tiefliegender und oberflächlicher Krampfadern als regelmässig hinstellt, wohl nicht allgemeine Geltung haben. — Das Verfahren ist folgendes: nachdem eine Querfalte abgehoben, macht man auf den Varix einen 3 Ctm. langen Längsschnitt, isolirt mit der Hohlsonde die Vene in gleicher Ausdehnung und schiebt darunter ein 2 Ctm. breites Gummiband, das um den Unterschenkel geschlungen wird. In den nächsten Tagen bemerkt man eine Zunahme der Resistenz und des Volums des Gefässes, das sich in einen später dünner werdenden, festen Strang verwandelt. Nach der dritten Woche pflegt der allmälig immer dünner werdende Strang durchzureissen; die Heilung ist jetzt im Wesentlichen vollendet. Alle Varicen sind verödet und belästigen in keiner Weise; die Patienten können gut marschiren. Auch daneben bestehende varicöse Fussgeschwüre pflegen zur Heilung zu kommen. Fieber tritt nach der Operation nur bei Complicationen ein (Lymphangoitis etc.). Unter den Fällen Rigaud's finden sich 3 mit tödtlichem Ausgang; in diesen war die Vene selbst verletzt worden. Die Entblössung an sich ist gefahrlos. Broca, v. Langenbeck und Ollier beobachteten tödtlichen Ausgang nach Entblössung der ven. axillaris resp. jugularis, wo wegen rechtwinkligen Einströmens von Venen die Thromben leicht vom Blutstrom mitgerissen und zu Embolieen Veranlassung geben können: man halte sich daher am Unterschenkel von der rechtwinkligen Einmündungsstelle der ven. saphena interna in die v. cruralis, und der saphena externa in die v. poplitea möglichst fern. Die Heilung der Varicocele durch Venenentblössung (Rigaud hat in allen seinen zahlreichen Fällen Heilung erzielt) wird durch eine mitgetheilte Krankengeschichte illustrirt.

Die Scrotalhaut wird zur Falte aufgehoben und auf die erweiterten Venen ein Längsschnitt gemacht. Alle Gefässe werden sorgfältig isolirt und hierauf unter das ganze Bündel varicöser Venen ein Leinenband gezogen. Als Verbandmaterial benutzt R. nur trockene Charpie. Am dritten Tage wird das Band entfernt; definitive Heilung erfolgt in der dritten Woche. Nutritive oder functionelle Störungen sind am Hoden nicht beobachtet. Es folgen Betrachtungen über Thrombenbildung und Phlebitis. **A. Genzmer** (Halle).

Kleinere Mittheilungen.

Th. Bryant. Report ou operative surgery. p. 341.
(Guy's Hospital Reports 1875. Vol. XX.)

In den diesjährigen Reports setzt Th. Bryant die im vergangenen Jahre begonnenen Berichte über Knochengeschwülste fort und referirt über eine Reihe interessanter »Krebse« der Kiefer und Röhrenknochen.

Die beiden ersten Fälle betreffen congenitale Tumoren des Oberkiefers und des Unterkiefers.

Fall 1) 4monatl. Kind, das neunte gesunder Eltern, zeigte am rechten Oberkiefer einen orangegrossen Tumor, welcher nach Mund- und Nasenhöhle hin prominirte. Die Geschwulst war bereits bei der Geburt beobachtet worden und

seither rasch gewachsen. 3 Monate später erschienen secundäre Tumoren in der Haut des Rumpfes und beider Oberschenkel, während die Oberkiefergeschwulst rapid wuchs. Tod $7\frac{1}{2}$ Monat nach der Geburt.

Fall 2) 5monatl. Kind, das erste gesunder Eltern. Schon bei der Geburt wurde an der rechten Seite des Unterkiefers eine wallnussgrosse Anschwellung beobachtet, welche im Verlaufe von 5 Monaten bis zu der Grösse einer Orange gediehen war. Consistenz weich, pseudofluctuirend. Rasches Wachsthum, Aufbruch, Tod 14 Monate nach der Geburt.

Beiden Referaten sind Abbildungen beigefügt. Leider fehlen die mikroskopischen Befunde. Gleichwohl wird man nicht fehlgehen, wenn man die beiden »congenitalen Krebse« als myelogene Sarcome deutet, deren intrauterines Auftreten immerhin zu den Seltenheiten gehört. (Ref.)

Folgen 2 Krankengeschichten, welche das Auftreten des »Krebses« im kindlichen Alter illustriren sollen.

Fall 3) Bei einem 20 Monate alten Kinde war vor Jahresfrist im Handteller eine Geschwulst aufgetreten und hatte, allmälig wachsend, die ganze Mittelhand eingenommen. Amputation über dem Handgelenk. Heilung nach 1 Jahre noch konstatirt.

Fall 4) Hier war das Kind 15 Monate alt, kräftig und gesund. Vor 6 Monaten hatte die Mutter die erste Anschwellung am rechten Handrücken beobachtet. Rasches Wachsthum; Amputation des Vorderarmes; Recidiv in der Achselhöhle; Tod.

Auch in diesen beiden Fällen hätte der leider fehlende mikroskopische Befund wohl eher ein Sarcom oder Enchondrom als einen »Krebs« konstatirt. (Ref.)

Die 3 folgenden Fälle betreffen Cancroide der Röhrenknochen, sämmtlich in der Haut, die beiden letzten in Fistelgängen, entstanden und nach der Tiefe gewuchert.

Fall 5) 67jähr. Frau hatte am Vorderarm dicht über dem Handgelenk ein grosses Krebsgeschwür, welches den Knochen bereits ergriffen. Amputatio antibrachii im oberen Drittel. Dauernde Heilung.

Fall 6) 48jähr. Mann litt seit beiläufig 30 Jahren an Nekrose des Oberschenkels. Auf einer in der Kniekehle mündenden noch nicht geschlossenen Fistel hatte sich ein Cancroid entwickelt, welches zur Zeit der Aufnahme ein 5 Zoll langes, 4 Zoll breites Geschwür darstellte. In der Tiefe sah man den ulcerirenden Knochen.

Amputation des Oberschenkels in der Grenze des oberen und mittleren Drittels. Torsion der Gefässe. Heilung. Im abgesetzten Stumpfe fand sich ein Total-Sequester des Femur, eingebettet in eine dicke Knochenlade.

Fall 7) 50jähr. Mann. Grosses fungöses Geschwür an der vorderen — inneren Seite des linken Unterschenkels. Vor 36 Jahren beiderseitige Periostitis der Tibia mit Nekrose. 2 Jahre vor der Aufnahme war am linken Unterschenkel das letzte nekrotische Knochenstück herausgekommen. Seitdem Geschwürsbildung an der Fistel. Exarticulatio genu mit Erhaltung der Patella. Heilung nach 4 Monaten mit brauchbarem Stumpfe.

Die mikroskopische Untersuchung der Geschwürsfläche durch Dr. Goodhart ergab deutliche Krebsmassen mit zahlreichen Zellennestern im Centrum des Knochenschaftes, wohin sie augenscheinlich von der Oberfläche eingedrungen waren.

Diesen beiden Fällen von Cancroid-Entwickelung in Nekrosenfisteln fügt Bryant noch 2 aus seiner früheren Praxis bei. Das eine Mal handelte es sich um eine Nekrose des Os calcis, das andere Mal um eine Tibia-Nekrose. In beiden wurde die Amputation mit Erfolg ausgeführt.

Unter dem vielversprechenden Titel »Cancer originating in Bone« wird ein weiterer Fall (No. 8) beschrieben, der sich indessen nach der mikroskopischen Untersuchung des Dr. Goodhart schliesslich als Rundzellensarcom darstellt.

28jähriger, im Uebrigen gesunder Mann litt seit einem Jahre an Schmerzen im linken Knie, zu welchen sich vor einem halben Jahre eine Anschwellung oberhalb des Gelenkes gesellt hatte. In der Nacht vor der Aufnahme war in Folge einer plötzlichen Muskelcontraction der Oberschenkel dicht über dem Knie ge-

brochen. Die anfangs zweifelhafte Diagnose wurde hiernach auf einen den Knochen zerstörenden Tumor gestellt und der Oberschenkel in der Grenze des oberen und mittleren Drittels abgesetzt. Torsion der Arterien. Pat. nach 4 Monaten geheilt entlassen. Die Section des abgesetzten Beines ergab eine weiche, mit Blut durchtränkte Geschwulst, welche den Femur im unteren Drittel total zerstört hatte. Abbildung beigefügt. — Folgt als Fall No. 9 Rundzellensarcom des Kopfes und Halses des Femur.

36jähriger Mann litt längere Zeit an »Rheumatismus« im linken Hüftgelenk, hatte sich dasselbe auch einmal bei Gelegenheit eines Falles distorquirt. Bei der Aufnahme fand man den linken Trochanter doppelt so dick als normal; mässig hart, elastisch an Consistenz. Hüft- und Kniegelenk gebeugt. Bei zweifelhafter Diagnose wurde dem Pat. eine Incision eventuell die Resection vorgeschlagen. Es zeigte sich der Eingangs erwähnte Tumor. Resection. Tod 10 Tage später. Das Mikroskop (Dr. Goodhart) zeigte die Bestandtheile des Rundzellensarcoms mit theilweise alveolärem Bau.

Die beiden letzten Krankengeschichten behandeln zwei »Periosteal Cancer of Bone«.

Fall No. 10. 8jähriges Mädchen. Periostale Geschwulst des rechten Unterschenkels; Amputation im Kniegelenk. Recidive im Rumpf und an anderen Theilen. Tod.

Fall No. 11. 36jährige Frau. Periostale Geschwulst des Vorderarms. Amputation im Ellenbogen. Heilung.

Mikroskopische Befunde fehlen. Sehr wahrscheinlich handelte es sich auch hier um periostale Sarcome. (Ref.) **Lossen** (Heidelberg).

Anger. Des flexions permanents des doigts et de leur traitement.

(La France médicale 1875.)

Verf. beschreibt einige Fälle von Flexionscontractur der Finger, die er mit Erfolg behandelte.

1) Narbencontraction nach Verbrennung der Handfläche. Die Finger sind in äusserster Flexion fixirt. Durchschneidung der Narbenstränge und Fixation in Streckung mittelst einer Handschiene. Nach 2 Monaten ist die Vernarbung beendet. Wenn auch nicht völlige Streckung möglich ist, sind die Finger doch gut beweglich.

2) Sogenannte Retraction der fascia palmaris (Dupuytren) bei einem Schmied; ein Finger hat bereits amputirt werden müssen. Tiefe Schnitte durch die sich anspannenden Stränge und gewaltsame Streckung. Die Heilung erfolgt in kurzer Zeit; die Finger können in halbe Streckung gebracht werden, so dass Pat., vorher ganz arbeitsunfähig, wieder sein Handwerk betreiben kann.

3) Flexion des 4. Fingers durch Retraction des tiefen Flexor. Durchschneidung der Sehne desselben in der Höhe des 1. Interphalangealgelenkes: sofort kann der Finger activ gestreckt werden. Nach der Heilung ist fast normale active Beweglichkeit vorhanden.

Verf. meint, dass die Tenotomie bei Fingercontracturen viel zu selten angewandt werde. **A. Genzmer** (Halle).

Rosner. Veraltete incomplete Luxation der rechten Ulna nach hinten. Heilung.

(Wiener allgem. med. Zeitung 1875. No. 32.)

Der 18jährige Mann hatte die Verletzung durch Sturz von einem Pferde vor 8 Wochen acquirirt. Arm in Viertelbeugung. Ellbogengelenk von vorn nach hinten verdickt, Trochlea durchzufühlen, Olecranon nach hinten vorspringend, in gleicher Höhe mit den Condylen, Triceps nach hinten concav gespannt. Beweg-

lichkeit des Gelenkes sehr beschränkt. Nach wiederholten Repositionsversuchen Anderer gelang dem Verf. die Einrichtung in der Narkose durch Dorsalflexion. Function nach mehrwöchentlicher Behandlung vollkommen gut.

Winiwarter (Wien).

M. Hirschberg. Erfolgreiche Operation einer Blasenectopie bei einem $^5/_4$jährigen Knaben.

(Vortrag, gehalten am 2. Sitzungstage des IV. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, am 8. April 1875.)

(Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. XVIII. Hft. 4.)

H. operirte eine vollständig typische Ectopia vesicae bei einem $^5/_4$jährigen Knaben, nachdem er die vorhandenen Ulcerationen durch Bepinseln mit einer 3—4 pc. Höllensteinlösung und innerlicher Darreichung von Phosphorsäure geheilt hatte. Als ersten Act der Operation machte er die Bedeckung der Blasenschleimhaut mit einem einfachen Lappen, die wunde Seite der Schleimhaut zugekehrt. Schon nach dieser Operation hielt das Kind in der Rückenlage eine kleine Menge Urin. Beim Einführen des Fingers in die kleine Höhle fühlte H. von unten eine Einschnürung, so dass er auf das Vorhandensein des M. Sphincter vesicae schloss. H. präparirte deswegen die Blasenschleimhaut in einer Dicke von 2 Mm. ab, frischte die Ränder an und nähte sie unter dem abgezogenen Hautlappen zusammen, so dass er eine vollständig mit Schleimhaut ausgekleidete Höhle darstellte. Leider rissen die Nähte nach einigen Tagen aus und die Schleimhautlappen retrahirten sich; anfangs hatte aber die Operation den Erfolg, dass das Kind den Urin bis $1^1/_2$ Stunden halten konnte. Schliesslich schnitt H. die Vorhautschürze quer ein, steckt die Glans penis hindurch und vereinigte die Vorhaut mit dem Decklappen. Die vollständige Vereinigung dieser Theile gelang erst durch 4 Nachoperationen. Das Kind kann in der Rückenlage etwas Urin halten, der aber beim Schreien und Aufstehen abfliesst; es trägt einen Harnrecipienten. **Maas** (Breslau).

Bryant. Cases of stone.

(Med. tim. and. gaz. 1875. 28. August. p. 235.)

Eine Reihe von 8 Fällen zur Vervollständigung des vor einiger Zeit herausgegebenen Berichtes.

1) 5jähriges Mädchen; Harnsäurestein $1^1/_4$ Zoll lang; Lithotripsie. Heilung.

2) 33jähriger Mann, schon als $2^1/_2$jähriges Kind an Stein in einem Hospital behandelt. Nach Heilung einer Mastdarmfistel Aufbruch zweier Stellen vor dem Anus, der alten Operationsnarbe entsprechend. Dilatation, Entfernung zweier Steine aus der Prostata. Heilung.

3) 11jähriger Knabe, Einklemmung eines erbsengrossen Steines in der Harnröhre, »hinter dem Scrotum«; Incision; Heilung.

4) 15jähriger Knabe mit einem in der Harnröhre eingeklemmten Steine; beim Versuche der Extraction von einer Incisionswunde aus rutscht der Stein in die Blase zurück. 8 Tage später Lithotripsie. Heilung.

5) 3jähriger Knabe; stirbt $7^1/_2$ Stunde nach erfolgloser Untersuchung auf einen Stein. Der rechte Ureter ist obliterirt. Niereneiterung dieser Seite. Harnsäurestein von der Grösse einer Barcelonanuss.

6) 7) 8) 3 erfolgreiche Lithotripsien, ohne Besonderheiten.

Ranke (Halle).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 47. Sonnabend, den 20. November. 1875.

Fleck. Benzoesäure, Carbolsäure, Salicylsäure, Zimmtsäure.

München, **R. Oldenbourg.** 1875. 8. p. 80.

Buchholtz. Antiseptica und Bacterien.

(Arch. für experim. Pathol. und Pharmak. 1875. Bd. IV. Hft. 3.)

Aus F.'s detaillirten Untersuchungen ist von chirurgischem Interesse vor Allem hervorzuheben, dass die Benzoesäure, wie auch Salkowski gefunden, die Carbolsäure und Salicylsäure an antizymotischer und antiseptischer Wirksamkeit bei Weitem übertrifft, und über allen dreien die Zimmtsäure steht; ferner dass Benzoesäurelösung 1 : 400, in 3 leichten chirurgischen Fällen geprüft, »keine reizende und die Wundheilung störende Einwirkung« hatte. Sehr abweichende Resultate von denen von Kolbe, Neubauer u. A. ergaben die speciell mit der Salicylsäure angestellten Versuche bezüglich ihres Einflusses auf den Eintritt und Verlauf der Alkoholgährung in Bierwürze. F. fand, dass Salicylsäure (ebenso wie Carbolsäure und Benzoesäure) den Eintritt der Gährung nie ganz hindert,

höchstens hinausschiebt, und unter gewissen Verhältnissen selbst bei sehr grossen Mengen des Zusatzes den Verlauf der Gährung wenig oder gar nicht beeinflusst. Bemerkenswerth ist, dass höhere Gährtemperatur die Wirksamkeit aller dieser antiseptischen Mittel in erheblichem Grade abschwächt. So reichten 14 Grm. Salicylsäure pro Hectoliter Bierwürze bei 30—35°C. schon nicht mehr hin, die Gährungserscheinungen zu vermindern. Entgegen der bisherigen Anschauung fand F., dass die Wirkung dieser Substanzen in gar keinem bestimmten Verhältniss zur Menge der Hefe auch nicht zur Menge des Zuckers steht, sondern nach der Menge des noch ausserdem in der Würze enthaltenen N-haltigen »Extractes« sich richtet, welches durch die Säuren gefällt wird. Wurde Hefe mit Lösungen jener Säuren 24 Stunden digerirt, alsdann abfiltrirt, einmal ausgewaschen und nun extractreicher frischer Bierwürze zugesetzt, so trat in allen Gefässen schon nach 24 Stunden und bei 15—18°C. Gährung ein. F. schliesst daraus, dass die Salicylsäure, sowie die 3 anderen Substanzen, kein Gift für die Hefe sind, d. h. die Hefe selbst nicht tödten, sondern nur dadurch gährungshemmend (antiseptisch) wirken, dass sie die stickstoffhaltige Hefenahrung in der Gährungsflüssigkeit binden und so die Hefe aushungern. (Reine Hefe und reine Zuckerlösung geben bekanntlich keine Gährung, — so wenig wie isolirte Bacterien und reines Hühnereiweiss Fäulniss geben. Ref.)

Aehnlich wie Salicylsäure wirkt auch schwefelsaure Thonerde (Alaun).

Conservirungsversuche mit Milch und Fleischsaft ergaben, dass, während die Salicylsäure nur die Milchsäurebildung (in Salicylsäure-Molken) hindert, die Benzoesäure ausserdem noch der Schimmelbildung in der Milch entgegenwirkt, und mit der ersteren versetztes Fleischwasser (0,1 : 100.) nach 6 Tagen Schimmelbildung und nach 4 Wochen Fäulniss zeigte, während die mit Carbolsäure und Benzoesäure versetzten Gefässe noch nach 60 Tagen unverändert waren. —

Buchholtz betrachtete in seinen Versuchen über die bacterientödtenden Eigenschaften gewisser Substanzen als Kriterium der Vitalität nur die Vermehrungsfähigkeit der Organismen, da er die Erfahrung gemacht hatte, dass Bacterien, welche sich anscheinend ganz inert (im gewöhnlichen Sinne »todt«) verhielten, z. B. in den Bacterienniederschlägen spontan geklärter Züchtungen, bei der Uebertragung in frische Nährsalzlösungen »sich ganz munter fortpflanzten.« Er verfuhr daher so, dass er 1) die kleinste Menge der Substanz zu ermitteln suchte, welche den Eintritt von Vegetation in einer inficirten Nährflüssigkeit verhinderte, und 2) diejenige Menge, welche nöthig war, eine bis dahin ungestört vor sich gegangene Cultur zu sistiren. In dem letzteren Falle wurde dann der Erfolg stets durch die Transplantation der Bacterien in frische Nährflüssigkeit controlirt. — Zu der Züchtung bediente er sich ausschliesslich folgenden Recepts: Aqu. dest. 100, käuflicher Candiszucker 10, Ammon. tart. 1, Kali phosph. 0,5. (Der käufliche Zucker enthält eben

schon Kalk, Magnesia und Schwefelsäure.) Die üblichen Cautelen wurden dabei nicht ausser Acht gelassen.

Das Resultat dieser überaus zahlreichen Versuche können wir nur im schematischen Auszuge wiedergeben:

Es hinderten die Vegetation.

	Grad der Verdünnung.	%.
Sublimat	1 : 20000	0,005
Thymol	1 : 2000	0,05
Benzoesaures Na . .	1 : 1666,6	0,06
Kreosot	1 : 1000	0,1
Benzoesäure . . .	1 : 1000	0,1
Salicylsäure	1 : 666,6	0,15
Salicylsaures Na . .	1 : 250	0,4
Carbolsäure	1 : 200	0,5
Salzsaures Chinin . .	1 : 200	0,5
Borsäure	1 : 133,3	0,75
Kupfervitriol . . .	1 : 133,3	0,75
Zinkvitriol	1 : 50	2,0
Alkohol (ohne zu verdunsten)	1 : 50	2,0

Es vernichteten die Vegetation:

	Grad der Verdünnung.	%.	
Chlor	1 : 25000	0,004	(in kürzester Zeit!)
Jod	1 : 5000	0,02	
Brom	1 : 3333,3	0,03	
Schweflige Säure . .	1 : 666,6	0,15	(in wenigen Stunden!)
Salicylsäure	1 : 312,5	0,35	
Benzoesäure	1 : 250	0,4	
Thymol	1 : 200	0,5	
Schwefelsäure . . .	1 : 161,3	0,62	(im Laufe einiger Stunden!)
Kreosot	1 : 100	1,0	
Carbolsäure	1 : 25	4,0	
Alkohol	1 : 4,5	22,0	

Mit Recht betont B., dass die gefundenen Werthe vor der Hand nur für die von ihm benützte Nährflüssigkeit gelten, da berechtigter Grund ist zu der Annahme, dass das Verhalten vieler dieser Substanzen, z. B. der Säuren, in anderen Substraten, als albuminösen Faulstoffen, Blut, Eiter u. a., für Bacterien ein wesentlich anderes sein werde. Selbst zwischen verschiedenen Nährflüssigkeiten schon fand B. sehr auffällige Differenzen im Verhalten der Bacterien gegen diese Antiparasitica. [Dass ebenso die gefundenen Werthe nicht auch ohne Weiteres für den Process der Sepsis gültig sind, dürfte gleichfalls einleuchten. Schon aus diesem Grunde scheint mir die im Titel gewählte Bezeichnung »Antiseptica« nicht zutreffend zu sein. Ref.] **Arn. Hiller** (Berlin).

v. Mayer und **H. Kolbe.** Ueber die antiseptischen Wirkungen der Salicylsäure und Benzoesäure in Bierwürze und Harn.

(Journal f. prakt. Chemie 1875. Bd. XII. p. 378.)

In ihrer Erwiderung auf die vorstehende Arbeit von Fleck verwerfen die Verff. vor Allem die Anwendung der Presshefe (Fleck), weil dieselbe die Gährung viel langsamer einleite, als frische Bierhefe (Verhältnis 10 : 2) und Stoffe enthalte, welche die antiseptische Wirkung der Salicylsäure hemmen. Ihre Versuche bestätigen aber, dass die Benzoesäure in der Bierwürze entschieden besser gährungshemmend wirkt. Dagegen zeigt sich in Traubenzuckerlösung die Salicylsäure kräftiger wirksam. Verff. erweisen nun durch Controlversuche, dass es die Phosphate der Bierwürze, vielleicht auch noch andere Stoffe (Eiweiss) sind, welche die Ungleichheit dieses Verhaltens bedingen. Ein Plus von Salicylsäure bringt ihre antizymotische Kraft, und zwar im geraden Verhältniss zur Hefenmenge (gegen F.), zur Geltung. F.'s Theorie von der Hefennahrung halten sie für unbegründet, seine Versuche für nicht streng beweisend, da Bierwürze auch ohne Hefezusatz in Gährung gerathen könne. — Beim Harn seien, je nach dem Säuregrade und je nach dem Gehalt an Farbstoff und Phosphaten, sehr verschiedene Mengen von Salicylsäure erforderlich.

Bezüglich der Anwendung in der praktischen Medicin betonen die Verf. noch einmal, dass sowohl Borax, wie phosphorsaures Natron die Salicylsäure chemisch binden und dadurch unwirksam machen. Dasselbe finde auch, wie Versuche mit Blutserum bestätigten, durch die Alkalien des Blutes statt (vergl. Salkowsky und Zimmermann. Ref.). Dagegen lässt sich die Salicylsäure in phosphathaltigen Lösungen in Freiheit halten durch Zusatz von Salzsäure, Acid. Halleri und saurem schwefelsaurem Kali.

Arn. Hiller (Berlin).

Landsberger. Handbuch der kriegschirurgischen Technik.

Tübingen, **H. Laupp**'sche Buchhandlung. 1875.

(Vom Central-Comité der deutschen Vereine zur Pflege im Felde verwundeter oder erkrankter Krieger mit dem Preis gekrönt.)

Verf. giebt nicht nur die bei Kriegsverletzungen in Frage kommenden Operations- und Behandlungsweisen, sondern versucht auch eine Skizzirung des augenblicklichen Zustandes der gesammten kriegschirurgischen Wissenschaft. Die berührten Fragen werden in derselben Weise abgehandelt, wie sie etwa ein Lehrer besprechen würde, der auf dem Verbandsplatze zu orientiren, in den Lazarethen mit dem Detail bekannt zu machen hat.

Eine einleitende Abtheilung enthält Anweisungen, in welcher Art die ärztliche Thätigkeit auf dem Verbandplatze zu specialisiren und zu einer möglichst ergiebigen zu gestalten sei. Darauf werden alle bei der Lazarethbehandlung in Frage kommenden Details des

Ausführlichen erörtert; so die Wahl und Einrichtung der Hospitäler, die Principien der Wundbehandlung, die wichtigsten Verletzungen der verschiedenen Körperregionen, endlich die accidentellen Wundkrankheiten. Den Schluss bildet die Beschreibung der operativen Encheiresen.

Alle diese umfänglichen Vorwürfe konnten auf 200 Octavseiten in ihren Hauptsachen nur dann berührt werden, wenn der Darstellung eine dogmatische Färbung gegeben, wenn die Verletzung in ihrer typischen Form beschrieben, das Heilmittel dagegen in möglichster Bestimmtheit normirt wurde. Man exponirt sich bei diesem Verfahren namentlich in therapeutischer Beziehung in mannigfachster Weise; man deckt sich am besten, wenn man nicht die eigene Ansicht oder die Lehre einer bestimmten Schule in den Vordergrund stellt, sondern seine Rathschläge nach denjenigen Normen bemisst, welche die neueren in den verschiedenen Lagern gesammelten Erfahrungen als die zulässigsten bezeichnet haben. Im Festhalten des letzteren Princips scheint uns der Werth des Buches zu liegen. Der Verf. kennt die in Folge der letzten Feldzüge entstandene Litteratur genau, er weiss in derselben mit Kritik zu lesen und nur diejenigen Grundsätze herauszunehmen, welche sich augenblicklich der Zustimmung der Majorität zu erfreuen haben. Selbstverständlich gebricht die Fähigkeit zu solcher Auswahl Jedem, der die Natur und den Verlauf der zu behandelnden Dinge nur selten und aus der Ferne zu beobachten Gelegenheit hatte.

Wer also nicht in der Lage ist, Specialstudien auf diesen Gebieten getrieben zu haben und kurz und bündig die »10 Gebote« der modernen Kriegschirurgie lesen will, findet dielben mit einer Bestimmtheit und Objectivität besprochen, wie dies in andern Compendien ähnlichen Umfangs nur selten der Fall sein möchte. — Nicht recht statthaft erscheint es Ref., die Namen der lebenden Fachgenossen hinter Beobachtungen und Vorschriften zu setzen, die zum Theil schon vor Jahrhunderten genau ebenso bekannt waren, wie heute. Z. B. auf p. 9: die Netzvorfälle »können bei der Vernarbung sich von selbst vollständig retrahiren (Billroth)« oder auf p. 64: Im Fall einer Blutung suche man die blutende Stelle direct auf, »selbst wenn viel Zeit darüber vergehen und manche Muskelfaser geopfert werden sollte (Roser)«. Aehnliche Citate finden sich im Originaltexte vielfach.

Wilh. Koch (Berlin).

A. Bardeleben. Klinische Mittheilungen über antiseptische Behandlung.

(Vortrag, gehalten in der Berl. med. Gesellsch. am 12. und 26. Mai 1875.)
(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 29.)

In drei Jahren sind auf der Klinik des Verf. 387 Fälle von Bedeutung antiseptisch behandelt (134 grössere Abscesse, 56 grosse Phlegmonen, 76 grössere Amputationen, 21 grössere Resectionen von

Gelenken, 23 grössere Geschwulstexstirpationen, 77 complicirte Fracturen). Von diesen 387 ging kein Patient an Pyämie oder Septikämie zu Grunde. Erysipelas kam noch öfter vor, doch scheint der Verlauf ein milderer.

v. Mosengeil (Bonn).

Rénaut. Sur les lésions anatomiques de la morve équine, aigüe et chronique.

(Comptes rendus T. 81. p. 411—414.)

Virchow betrachtet die für die Rotzkrankheit charakteristischen Tumoren als Granulationsgeschwülste, während sie Cornil und Ranvier zu den tuberkulösen Bildungen rechnen. Nach R. gleichen die Heerde in der Lunge am meisten den metastatischen pyaemischen Heerden; die Lungenalveolen sind von jungen Zellbildungen erfüllt, wie bei der lobulären Lungenentzündung und diese pneumonischen Heerde sind an der Peripherie von frischen Haemorrhagieen umgeben. Zwischen den einzelnen Rotzknoten ist das Lungengewebe vollständig gesund, ebenso die Pleura, diese selbst in den so häufigen Fällen, wo der Knoten unmittelbar unter der Pleura liegt. Die jungen Zellen der inselförmigen, pneumonischen Heerde sind ausserordentlich verschieden von den Tuberkel-Zellen. Mit Hülfe verdünnten Alkohols lassen sich die Elemente des Rotzknotens isoliren; hierbei zeigt es sich, dass ihr Kern nicht nur lebhaft sich mit Carmin impraegnirt, sondern auch das Bild eines knospentreibenden Kerns darbietet, Formen, wie sie Ranvier von Kernen in lebhafter Bewegung begriffener Lymphkörperchen beschrieben hat. Geht der Rotz in die chronische Form über, so verfettet das Centrum des Knotens und bildet mit der umgebenden haemorrhagischen Zone einen eigentlichen Käscheerd, der schliesslich verkreiden kann. Gleichzeitig entwickeln sich bei längerer Dauer des Processes zwischen den Knoten sclerotische Heerde in der Umgebung der Bronchien, die den in Umwandlung begriffenen Knoten benachbart sind. Sehr ähnlich sind die Knoten auf den Schleimhäuten. Weiterhin kann es hier zu Endarteritis kommen, die zur Verengerung des Gefässkalibers führt; hierdurch wird der Blutzufluss erschwert, es entstehen Ulcerationen, ähnlich den atonischen Geschwürsformen. Damit verbindet sich Lymphangitis und Lymphadenitis. Die Drüsentumoren können verkäsen, auch in ihnen findet sich in der Peripherie eine haemorrhagische Zone. Die Analogien zwischen Rotz und Tuberkulose sind somit nur höchst entfernte, mehr nähert sich der zu Grunde liegende anatomische Process dem der purulenten, pyaemischen Infection. Vom anatomischen Gesichtspuncte betrachtet, sind nach R.'s Ansicht Pyaemie, Rotz, Tuberkulose und Syphilis eine zusammengehörige Krankheitsgruppe, ihr gemeinsamer anatomischer Charakter zeigt sich in der Hervorrufung von Entzündungen, die in Knoten angeordnet sind und ausgesprochene Tendenz zur Verkäsung haben. Sie alle haben ebenfalls eine gemeinsame Aetiologie, Infection des Organismus mit einem giftigen Agens.

J. Munk (Berlin).

Fr. Chvostek. Weitere Beiträge zu den vasomotorischen und trophischen Neurosen. Blasenbildung an der Haut (Pemphigus).

(Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 32, 33. 34 u. 35.)

Verf. knüpft an einen früher von ihm mitgetheilten Fall (Oesterr. Zeitschr. für prakt. Heilkunde, 1872) an, in welchem in Folge von Haemorrhagie in den linken Schläfenlappen und Linsenkern zunächst rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie eintrat, und etwa 4 Wochen später am äusseren Rande des gelähmten Fusses unter heftigen Schmerzen mehrere bis wallnussgrosse Pemphigusblasen entstanden. Die neuralgischen Schmerzen dauerten noch nach Abheilen der Blasen fort. — Aus der in betreffender Hinsicht äusserst armen Litteratur werden Stellen angeführt, die auf Abhängigkeit der Blasenbildung von Nervenleiden deuten: Hebra's Besprechung des Pemphigus hystericus; Bock und Danielssen erwähnen das Auftreten und den rapiden Verlauf des Pemphigus bei Elephantiasis Graecorum; ferner die auf Pemphigus leprosus bezüglichen Angaben in Neumann's Lehrbuch der Hautkrankheiten (p. 461—465), wobei die pathol. Anat. der Centralorgane und verdickten Nervenstränge geschildert wird. Benedikt weist in seiner »Nervenpathologie und Electrotherapie« p. 391 auf Zusammenhang zwischen Nervenleiden und Herpes zoster, sowie Pemphigus hin; Charcot und Samuel rechnen den »Decubitus acutus« zu den Tropho-Neurosen; Leyden (Klinik der Rückenmarkskrankheiten) führte einzelne Formen der Gangrän auf den trophischen Einfluss des Nervensystems zurück.

Von eignen Beobachtungen theilt Ch. zunächst mit:

I. einen Fall von Pempigus der rechten Hand und des rechten Vorderarms, bedingt durch eine Spinalaffection, wahrscheinlich Myelitis chronica. Eine 44jährige Patientin hatte vor 18 Jahren den rechten Daumen durch ein Panaritium verloren. 1871 trat allmälig Anaesthesie des rechten Armes von den Fingerspitzen bis zum Ellbogen auf. Greifen und Halten war nur unter Controle der Augen möglich. Es wurden Blasen zuerst am Daumenstumpfe beobachtet. Der Blasenbildung ging ein mehrstündiges Brennen an betreffender Stelle voraus, worauf sich ein rother Fleck zeigte, auf dem sich die Blase emporhob. In der Hand und im Vorderarm dumpfer Schmerz, besonders bei kühler Temperatur. Die Finger konnten nicht vollständig gestreckt werden. Allmälig trat auch Schwäche und leichtes Ermüden in den unteren Extremitäten ein, sowie Beschränkung des Tast- und Localisations-Vermögens. An der rechten Brusthälfte vorn war Hyperästhesie. Die electromusculäre Contractilität und Sensibilität rechts am Vorderarme theilweise erhöht, die electrocutane Sensibilität stark herabgesetzt. Die binnen kurzer Zeit zur Heilung führende Behandlung war eine galvanische. — Ausser den Pemphigusblasen hatte im vorliegenden

Falle noch eine trophoneurotische Störung der Haut, Schwielenbildung der Epidermis an den Fingern, bestanden.

II. Myelitis des unteren Brustsegmentes. Blasenbildung am rechten Unterschenkel. Tod durch Septikämie. Ein 55jähriger Fischer war, mehrmals durchnässt, bei der Arbeit geblieben, wonach Frost und Rückenschmerzen auftraten; nach dem letzten Male in der unteren rechten Extremität Ameisenlaufen. Minderung des Gefühlvermögens und Parese, welche Symptome sich später auf die linke Seite ausdehnten. Allmälig stellten sich auch schmerzhafte Zuckungen und Krämpfe ein. Urin musste häufig entleert werden, doch war es meist nur tropfenweise möglich; Stuhl verzögert; Impotenz, electromusculäre Contractilität an den Beinen herabgesetzt. Bei galvanischer Behandlung nahm das Leiden zu, Schmerzen heftiger, Lähmung dehnte sich aus, befiel die Sphincteren, Pat. musste liegen und bekam Decubitus am Kreuz; zugleich entstanden Blasen von Haselnussgrösse. Die eine wuchs bis zum Durchmesser von 9 Ctm.; ihr Inhalt war serös; nach dem Platzen wurde der Grund gangränös. Electromusculäre Contractilität und Sensibilität sehr geschwächt, theilweise ganz aufgehoben, mechanische Erregbarkeit theilweise gesteigert; electrocutane Sensibilität an einzelnen Stellen nur wenig, an andern stärker herabgesetzt; heftige Schmerzen, Zuckungen; Oedem an den Beinen; schliesslich durch Schüttelfröste eingeleitetes remittirendes Fieber; Icterus; Tod. Die Obduction zeigte gelbe Erweichungsheerde der peripherischen Schichten der Seitenstränge im unteren Brustsegmente des Rückenmarks.

III. Spermatorrhoe, Impotenz in Folge grosser Excesse in Venere; psychische Störungen als Folge davon. Während der Rückbildung trat vorübergehend Blasenbildung an der Haut der Unterschenkel auf. 30jähriger Ingenieur hatte seit seiner Jugend enorm onanirt (erst seit $^1/_2$ Jahr, als die Erectionen ausblieben, aufgehört) und geschlechtlich excedirt. Pollutionen, Spermatorrhoe, Abnahme geistiger Fähigkeiten und der Körperkraft; Agrypnie, abnorme Sensationen, Hyperaesthesie, permanente drückende Kopfschmerzen, Hypochondrie. — Galvanische Behandlung; es entstanden während derselben an der äusseren Seite der Unterschenkel juckende Blasen, die nach mehreren Tagen eintrockneten. Allmälig konnte Patient wieder spazieren gehen, die Spermatorrhoe, Erectionen stellten sich wieder ein, die psychische Alteration verlor sich und Heilung erfolgte. — Der Zusammenhang der Blasenbildung mit der Erkrankung des Nervensystems ist hier nicht deutlich nachzuweisen. — Verf. erwähnt noch, dass er in zwei analogen Fällen Epilepsie habe auftreten sehen, die mit Heilung der Genitalstörung wieder verschwand. **v. Mosengeil** (Bonn).

O. Hasse. Ueber Transfusion.

(Virch. Archiv. Bd. LXIV. p. 243.)

H. theilt zur Abwehr der Panum'schen Angriffe (cf. Centralbl. f. Chirurgie 1875. No. 29) die Geschichte seiner Arbeiten auf dem Gebiete der Lammbluttransfusion mit. Er erörtert sodann seine Hypothese über die Wirkung der Transfusion. Nach ihm ist der eigentliche Zweck dieser Operation eine einmalige Speisung der Verdauungsdrüsen mit den zur Lieferung ihrer Secrete nöthigen Blutbestandtheilen. Als Indication für die Operation darf man nach H. nicht einzelne bestimmte Krankheiten aufstellen, ebenso nicht die reine acute Anämie bei vorher gesunden Individuen. Die eigentliche Indication soll vielmehr die chronische Anämie sein, wo die Leistungsfähigkeit der Mund-, Bauchspeichel-, Magen- und Darmdrüsen, der Leberzellen etc. so weit erschöpft ist, dass nur noch ein geringes und unwirksames Secret geliefert werden kann, wo fehlerhafte Blutmischung in Folge fehlerhafter Assimilirung der Nahrung und fehlerhafte Assimilirung in Folge schlechter Blutmischung das Siechthum unterhält. Die Transfusion giebt nicht die fertige Heilung, sondern sie ermöglicht die Heilung. Der nach Transfusionen auftretende lebhafte Durst, der starke Appetit, das Aufhören der Dyspepsie und weiter das schnelle Zunehmen des. Körpergewichts sollen die Beweise sein für die Richtigkeit obiger Annahmen. Demnach genügen nach H. auch äusserst geringe Quantitäten von Blut zur Transfusion 20—30 Cctm. Mit 50 Cctm. ist das Maximum des Erlaubten erreicht.

Das Blut muss sehr langsam und allmälig verabreicht werden. H. benützt deshalb Glaskanülen von so feinem Lumen, dass in einer Minute bei dem Druck einer Wassersäule von 2 Mtr. nur 30 Cctm. Wasser durchlaufen können. Es wird mit ihnen dem Kranken (in 4—5 Minuten) das Blut so langsam gegeben, dass jeder Pulsschlag nur wenige Tropfen fremden Blutes zu bewältigen hat. Eine Gefahr, Gerinnsel in die Vene überzutreiben, soll bei dem Gebrauch dieser Kanülen nicht existiren. Tritt Gerinnung in der Kanüle ein (bei ihrer Enge sehr leicht), so stockt die Transfusion.

Bei der indirecten Transfusion von Menschenblut sind nach H. Verunreinigungen und Verderbniss (Anfangsstadien der Fäulniss) des Blutes kaum zu vermeiden, bei directer Ueberleitung von Thierblut soll letztere Möglichkeit gänzlich fehlen. — **Madelung** (Bonn).

A. W. C. Berns. Beiträge zur Transfusionslehre.

Freiburg i. Br., **Fr. Wagner**'sche Buchhandlung. 1874.

Durch subcutane Einspritzungen von faulendem, bacterienhaltigem Blute wurden Kaninchen und Hunde in den Zustand der Septikaemie versetzt. Zu den hierauf vorgenommenen Transfusionen wurde Blut von derselben Species gebraucht und dasselbe aus der Carotis oder der Femoralis direct in die Vena jugularis des septikaemisch gemachten Thieres übergeleitet. Zu jedem Versuche dienten 3 Thiere; bei dem

am stärksten fiebernden wurde die Transfusion gemacht, das andere zur Controle bestimmt, das dritte gesunde Thier war das blutspendende. Die Versuche sprechen durchaus nicht zu Gunsten der Transfusion. — Bei den Versuchen mit Kaninchen (26) war in der Mehrzahl kein directer Nutzen von der Transfusion zu sehen, die Lebensdauer der transfundirten Thiere stand, wenn auch nicht viel, so doch in etwas derjenigen der Controlthiere nach. Aehnlich war der Erfolg bei Hunden (5).

Sodann wird der Einfluss der Hammelblut-Transfusion in zwei Fällen von ausgesprochener Pyaemie beim Menschen aus der Czerny'schen Klinik mitgetheilt. Einmal wurde nach schon eingetretenem Schüttelfrost, bei complicirter Fractur des Unterschenkels amputirt und in derselben Session transfundirt; das andere Mal war die Amputation des Vorderarms wegen ausgedehnter Caries der Handwurzel- und Mittelhandknochen schon vor 3 Wochen gemacht worden, als sich plötzlich heftige Schüttelfröste einstellten, worauf dann die Transfusion vorgenommen wurde. Beide Fälle endigten in wenigen Tagen tödtlich, während auch die nächsten Folgen der Transfusion nicht derart waren, dass man von einem eigentlichen Nutzen derselben sprechen konnte.

Ausser diesen beiden Fällen werden noch 16 Transfusionsfälle aus den Kliniken von Czerny, Kussmaul und Hegar angefügt. Die Bemerkungen über Methoden und Indicationen der Transfusion enthalten nichts wesentlich Neues. **Madelung** (Bonn).

G. Gay. Verbrühungen und Verbrennungen.

(Bost. med. and surg. Journal 1875. Vol. II. p. 349.)

Der folgende Bericht über die im Bostoner City-Hospitale während der letzten 10 Jahre behandelten Verbrennungen berücksichtigt nicht die durch Pulver-Explosion hervorgerufenen und die nach Verbrennung zurückgebliebenen Difformitäten. Von den 204 behandelten waren über die Hälfte Frauen (111), aber nur 10 unter 10 Jahren, während z. B. in Guy's Hospital die Mehrzahl der Aufgenommenen Kinder waren. Die gewöhnliche Ursache, Verbrennung mit heissem Wasser oder Thee oder Kaffee, stellte das grösste Contingent aller Behandelten, aber auch die grösste Zahl der leichteren Fälle. 26 Fälle waren durch brennendes Oel hervorgerufen, hiervon starben 13; eine gleiche Zahl war durch Feuerfangen der Kleider verursacht; seltenere Ursachen waren Gasexplosion, geschmolzenes Metall, Fall ins Feuer (bei Epileptikern). Die Verbrennungen waren in allen Abstufungen vertreten, vom leichten Erythem bis zur Verkohlung. Zu dem hervorspringendsten Symptome, dem Schmerze, welcher nur in Fällen hohen Shoks fehlte, gesellten sich häufig Delirien (besonders bei den tödtlich verlaufenden), recht häufig Uebelkeit, Erbrechen, Schmerzen im Epigastrium, seltener Diarrhoe, recht selten Blut im Stuhlgange. Von Complicationen sind zu verzeichnen: Erysipel 5 Mal, Nachblutung aus dem Handteller 1 Mal, Pneumonie, Bronchitis, Ge-

hirnaffection, Perforation des Trommelfells, Urinretention je 2 Mal, Lungengangrän, Peritonitis, Albuminnrie, Epistaxis, Iritis je 1 Mal. Von 6 schwer verletzten Schwangeren, kamen 5 innerhalb 24 Stunden zur Geburt, 2 starben; 2 Kinder wurden todt geboren. — Von den 204 Patienten starben 45, davon 23 innerhalb 18 Stunden. $^2/_3$ der Gestorbenen waren Frauen, von Kindern bis zum 10. Lebensjahre starben 4—40 %, eine immerhin geringe Mortalitätsziffer im Vergleich mit anderen Berichten. So starben z. B. in England 1875 von 1909 Verbrennungen 78 % und in Boston innerhalb 10 Jahren 60 % der Kinder unter 10 Jahren. — Die Behandlung bestand in Verbänden mit verschiedenen öligen oder salbenartigen Vehikeln, ohne dass einem der Mittel eine besonders vortheilhafte Wirkungsweise nachgerühmt werden konnte. Sectionen sind nicht gemacht worden.

Pilz (Stettin).

J. Möller. Ueber die käsigen Entartungen der Lymphdrüsen.

Inaug.-Diss. Bonn. 1875.

Verf. hat unter Prof. Köster's Leitung das in der Ueberschrift genannte Thema behandelt. Er unterscheidet einen käsigen Stoff, den die Scrophulose liefert, und welcher durchaus mit Produkten der Tuberkulose identisch ist, und denjenigen, der bei der chronischen, idiopathischen Lymphdrüsenvereiterung, bei eingedickten Abscessen etc. entsteht. Es folgt eine Schilderung der mannigfachen Veränderungen, welche die Lymphdrüsen bei den verschiedenen Dyskrasieen (Syphilis, Tuberkulose u. s. f.) erleiden und welche Veränderungen schliesslich ihren Ausgang in Verkäsung nehmen können. Die verkäste Substanz zeigt dann eine körnige Beschaffenheit, wobei mikroskopisch keine Entscheidung möglich ist, ob die Körnchen in einer fettigen oder einer albuminösen Entartung ihren Ursprung haben. Verf. hat bezügliche Fettbestimmungen vorgenommen; bei einer Gruppe fand er 5—13 %, bei der anderen (Lymphomen u. s. f.) 7—10 %. Es ist also durch die chemische Analyse kein Grenzwerth zu bestimmen und handelt es sich bei der käsigen Degeneration nur in ganz untergeordneter Weise um fettige Metamorphosen.

v. Mosengeil (Bonn).

W. Adams. Behandlung der Nasenbrüche.

(British med. Journal 1875. Vol. II. p. 420.)

Einen Fortschritt in der Behandlung von Nasenbrüchen, welche nicht selten eine dauernde Verunstaltung des Gesichts und Beeinträchtigung der Athmung und Sprache bewirken, glaubt A. dadurch angebahnt zu haben, dass er die Mittel zu einer guten Reposition und einer dauernden Retention gefunden hat. Er bespricht zuerst die Fälle, in welchen nur die knorplige und dann in welchen auch die knöcherne Nase gebrochen ist. Bei ersteren richtet A. in der Narkose mit Hülfe einer starken mit glatten Blättern versehenen

Zange das vom Vomer abgedrängte knorplige Septum in seine normale Stellung und benutzt zur Retention ein durch eine Schraube leicht stellbares Compressorium, dessen beide Blätter zu jeder Seite des Nasenseptum angelegt resp. angedrückt werden. Nach 2—3 Tagen wird dasselbe entfernt und in jede Nasenöffnung ein elfenbeinerner Kegel eingebracht, der so stark ist, dass er gerade die Nasenöffnungen etwas ausdehnt und das Septum stützt. Sind die Nasenbeine mitgebrochen, so wird in der Narkose das Septum eingerichtet, dann durch entsprechenden Druck mit den Branchen nach oben und vorn, resp. seitlich, unterstützt durch äusseren Gegendruck mittelst des Daumens, die Stellung der Knochenfragmente geregelt. Als Retentionsapparat für die Nasenbeine dient eine an einem Stirnbande durch Schraube stellbare Pelotte, welche direct auf dieselben einwirkt. Dieser Apparat kann Tag und Nacht Wochen lang bequem getragen werden. Nur in den seltensten Fällen bedarf es einer mehrmaligen Reposition der gebrochenen Theile. Leider bekam A. nicht frische Fälle in Behandlung, aber selbst die nach mehreren Wochen in Behandlung gekommenen Kranken erfreuten sich eines guten Heilresultates. 3 Fälle werden als Beleg ausführlicher beschrieben. Holzschnitte geben die Instrumente und die Anlegungsweise des Stirnbandes gut wieder und tragen wesentlich zur Verdeutlichung bei.

Pils (Stettin).

Pflug. Struma congenita. Eine comparative Studie.

(Deutsche Zeitschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. Bd. I. Hft. 5 u. 6. p. 349—392.)

P. weist an einer Reihe von Beispielen, darunter an einem selbst beobachteten Falle, nach, dass analoge Verhältnisse, wie bei der congenitalen Struma des Menschen, auch bei den Thieren vorkommen. Hier tritt sie am häufigsten bei Schafen und Ziegen, seltener bei Rindvieh, Hunden und Pferden auf. Heredität ist nur in den seltensten Fällen die Ursache der Krankheit; P. führt Beispiele an, in welchen kropflose Eltern wiederholt kropfige Junge zur Welt brachten. Meist lassen sich, gerade so wie beim Menschen, enzootische (endemische) Einflüsse nachweisen; dafür sprechen unter anderem die Beziehungen der angeborenen Struma zum Cretinismus (Virchow, Lebert u. A.), welche von manchen Autoren auch bei den Thieren als bestehend angenommen werden. — Der anatomischen Beschaffenheit nach handelt es sich in beiden Classen, Säugethier und Mensch, meistens um Adenome der Thyroidea, bisweilen verbunden mit cystoider und vasculärer Entartung der Drüse. Doch kann die Vergrösserung auch auf reiner Hyperämie oder auf verzögerter Rückbildung des drüsigen Fötalorgans beruhen. In letzteren Fällen ist die angeborene Struma transitorischer, in den ersteren stabiler Art. — Auch bei Thieren wird die Struma sehr häufig die Ursache des frühen Todes der Jungen; kropfige Neugeborene sterben gewöhnlich, wenn sie nicht schon todt zur Welt

kommen, in den ersten Stunden nach der Geburt an Asphyxie, bedingt durch Compression des Larynx und der Trachea. Auch kann ein grosser congenitaler Kropf ebenfalls ein Geburtshinderniss abgeben.

Bezüglich der histologischen und histogenetischen Details müssen wir auf das Original verweisen. **Arn. Hiller** (Berlin).

S. Schklarewsky. Heilungsprocess der Rippenknorpelwunden.

Inaug.-Diss. Petersburg 1875, russisch.

28 Versuche an Hunden ergaben Folgendes: der Heilungsprocess solcher Wunden ist höchst verschieden bei Eiterung und bei prima intentio der Umgebung; bei ersterer entsteht eine einfache Bindegewebsnarbe, welche sich anfänglich auf Kosten der Granulationen des Perichondrium und der Umgebung, nach 2—3 Wochen auf Kosten der Knorpelelemente selbst durch Zellenproliferation und spätere Umbildung in Bindegewebe, entwickelt. Bei prima intentio zeigt die Narbe schon nach 3 Monaten faserknorpligen Bau, welcher allmälig in jungen Hyalinknorpel übergeht. Ein Jahr nach der Resection unterscheidet sich das ganze Gewebe, welches den entfernten Knorpeltheil ersetzt, in Nichts von dem früheren. Drei mikroskopische Abbildungen der Knorpelnarbe am 50., 105. und 354. Tage sind der Arbeit beigegeben. **W. Grube** (Charkow).

O. Berger. Ueber schnellende Finger.

(Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1875. No. 7 und 8.)

Auf Grund der in der Litteratur vorhandenen Casuistik und fünf eigener Fälle entwirft B. ein kurzes Bild der oben genannten Affection, ihrer Aetiologie und Behandlung. Bezüglich der Ursache der »schnellenden« Finger schliesst sich Verf. der Ansicht Menzel's (Centralblatt für Chirurgie 1874, No. 22) an, nach welcher das Leiden vorzugsweise durch einen circumscripten Sehnentumor combinirt mit Sehnenscheidenenge (oder Riss in der Scheide) bedingt ist. Die Vermuthung Menzel's, dass der Krankheit eine umschriebene Tendovaginitis mit festen Entzündungsproducten zu Grunde liege, bestätigte sich besonders in einem vom Verf. beobachteten Falle, bei welchem man an der Volarfläche des Metacarpo-Phalangealgelenks des erkrankten schnellenden Fingers deutlich Reibungsgeräusche constatiren konnte. In 2 Fällen beobachtete Verf. den wohl sicher festgestellten Zusammenhang der Krankheit mit vorausgegangener rheumatischer Gelenkaffection, an welcher auch das entsprechende Metacarpo-Phalangealgelenk participirte und somit die Annahme einer Fortpflanzung des entzündlichen Processes auf die Sehnenscheide nahe lag. — Therapeutisch empfiehlt B. Ruhe des erkrankten Gliedes (eventuell durch einen geeigneten Verband), Application von Tinct. Jodi, warme Handbäder und Electricität. Besonders letztere erwies

sich in 2 Fällen sehr wirksam: die Schmerzen verminderten sich, die Motilität besserte sich sehr wesentlich, so dass das Schnellen weit seltener auftrat und die active Befreiung der schnellenden Finger aus der fixirten Stellung leichter von statten ging. —

Tillmanns (Leipzig).

Kleinere Mittheilungen.

F. Ensor. Aneurysma der Innominata. Ligatur der Subclavia und Carotis. Tod.

(The Lancet 1875. Vol. II. p. 164.)

Ueber den im Centralbl. No. 19. p. 303 referirten Fall wird weiter berichtet: Am 24. Oct. zog sich Pat. eine Erkältung zu; nach einem Frostanfalle erfolgten allgemeine rheumatische Schmerzen; der Impuls über der Clavicula ist wieder stärker, leichte Blutung aus dem unteren Theile der Carotis-Unterbindungsstelle (Aconit), 31. heftiger Husten, stärkere Nachblutung aus der Carotis (Styptica), der aneurysmatische Tumor klopft stärker, Oedem der linken Hand. 2. und 5. Nov. Nachblutungen, 7. Puls schwach, Oedem des r. Augenlides, Cornea trübe, 8. Perforation der Cornea mit Austritt des Augen-Inhalts; schwache r. Faciallähmung, 10. neue Nachblutung, 11. Puls schwach, intermittirend, 12. Coma. Tod.

Section ergab nur: Grosses Blutcoagulum an der Unterbindungsstelle der Carotis, ihre Wand eröffnet. Die Aorta ascendens allseitig erweitert; Aneur. der Innominata klein orangengross. Lungen stellenweis durch frische Pleuritische Adhäsionen angelöthet, besonders rechts oben; rechte Subclavia obliterirt, fest an der 1. Rippe angewachsen; Aorta descend. an der Wirbelsäule angelöthet, an einer Stelle arrodirt, hier bestand ein wallnussgrosses Aneurysma und es war der 10. und 11. Brustwirbel cariös. Die Lunge mit schaumigem Schleim erfüllt. Die Pia getrübt, Gehirnmasse blass und weich; die Art. commun. post. dextr. war obliterirt; Leber cirrhotisch. Diesem nicht erschöpfenden Sectionsberichte fügt E. nur hinzu, dass auch er sich der Ansicht anschliesse, dass bei Aneurysmen als ursächliches Moment hauptsächlich auf Syphilis und Alkoholismus zu recurriren sei.

Pilz (Stettin).

Rivington. Fall von partieller Zerreissung der Arteria poplitea und vollständiger Ruptur der Vena poplitea.

(British med. Journ. 1875. Vol. II. p. 259. — British med. Associat.)

Das linke Knie eines sitzenden jungen Mannes wurde durch einen heftigen directen Anprall von vorn nach rückwärts gedrängt. Pat. wurde alsbald im London Hospital aufgenommen und liess sich bei ihm eine heftige Quetschung des Kniees nachweisen, keine Fractur oder Luxation. Schnell aber nahm die Anschwellung zu, die Sensibilität des Beines erlosch, die Temperatur sank. Pulsation konnte in der Tibialis post. gefühlt werden, die Auscultation ergab ein leicht klappendes Geräusch im Verlauf der Poplitea; der wahrscheinlichen Arterienruptur wegen wurde die Amputation im Oberschenkel erfolgreich gemacht. Die genauere Untersuchung zeigte jetzt ausserordentlichen Blutaustritt in's Zellgewebe des Unterschenkels; die hintere Bandmasse des Kniegelenks leicht eingerissen, der Musc. plantaris ganz abgerissen, die Vena poplit. völlig durchrissen, die Intima und Media der Art. poplit. von der Adventitia abgelöst, der condyl. ext. femor. durch eine Spalte fast ganz abgelöst, ein kleines, dreieckiges Knochenstück lose im Gelenk; endlich Risse am oberen Theil der Tibia. **Pilz** (Stettin).

G. Fort. Seltene Verletzung des Schultergelenks.

(British med. Journal 1875. Vol. II. p. 227.)

Ein in der Trunkenheit gefallener Maurer zeigte nach 3 Tagen den stark geschwollenen Oberarm luxirt; der leicht reducirbare Arm fiel immer wieder aus dem

Gelenke heraus; die genauere Untersuchung liess jetzt eine Fractur im chirurgischen Halse erkennen. Pat. konnte nach eingetretener Heilung seine Arbeit wieder aufnehmen, aber nicht den Arm seitlich am Kopfe in die Höhe heben; drei Jahre später ging der Trinker an allgemeiner Paralyse zu Grunde und es ergab die Section der Schultergegend: den Deltoideus geschwunden, früheren Bruch im anatomischen und im chirurgischen Halse; der Gelenkkopf sass fest in der Pfanne, das untere Bruchstück war mit dem Schafte gut vereinigt und hatte ein falsches Gelenk gebildet mit der unteren Fläche des proc. coracoid. und der entsprechenden Stelle der 2. und 3. Rippe; an der Aussenseite der Consolidationsstelle erstreckte sich Callus bis zum Kopfe hin. Einen einzigen ähnlichen Fall findet F. von A. Cooper beschrieben. **Pilz** (Stettin).

J. Bell. Entfernung einer Gelenkmaus; Heilung.

(The Lancet 1875. Vol. II. p. 311.)

Der 39jährige Mann bemerkte seit 19 Jahren einen Körper im Kniegelenke, der in der letzten Zeit die heftigsten Beschwerden verursachte. Unter antiseptischen Cautelen entfernte B. durch directen Einschnitt den Lambertsnuss grossen, glatten Körper; die ersten 6 Tage täglicher Verband, dann alle 2—3 Tage; am 4. Tage konnte das Drainrohr entfernt werden, die Temperatur stieg nie über 91,5° F., am 12. Tage volle Heilung, am 15. Tage Entlassung. **Pilz** (Stettin).

W. Williams. Kniegelenkmaus, antiseptische Entfernung, Heilung.

(The Lancet 1875. Vol. II. p. 312.)

Der 22jährige Arbeiter bemerkte seit 4 Jahren die ersten Beschwerden einer Gelenkmaus im rechten Knie, die sich so steigerten, dass er das Bein fast gar nicht gebrauchen konnte. Unter antiseptischen Cautelen wurde der bohnengrosse knorpliche Körper aus dem Gelenke durch directen Einschnitt entfernt. Anscheinend wurde der Verband nur 4 Mal gewechselt; am 15. Tage war die Schnittwunde fest vernarbt, Pat. ging umher und konnte bald vollkommen geheilt entlassen werden. **Pilz** (Stettin).

Suender. Erfolgreiche Lithotomie bei Steinrecidiv.

(La Gaz. de Sanidad militar 1875. No. 17.)

Die Operation wurde bei einem Soldaten ausgeführt, bei dem bereits vor einem Jahre ein Blasenstein durch Schnitt entfernt worden war. Eine Harnfistel am Damme und ein chronischer Blasenkatarrh waren zurückgeblieben. Der Pat. litt viel wegen des sehr schmerzhaften und häufigen Harndranges. Der Urin reagirte stark alkalisch und enthielt reichlichen eitrigen Schleim. — Es wurde durch Bilateralschnitt ein, wie gewöhnlich bei Steinrecidiven, aus phosphorsaurem Kalk bestehender Stein zu Tage befördert. Die gleichzeitige Untersuchung der Blasenschleimhaut ergab, dass dieselbe verdickt und theilweise mit Kalk incrustirt war. Der weitere Verlauf des Falles soll günstig gewesen sein. —

Ullersperger (München).

K. Macleod. Suppurated Haematocele; thickened and degenerated tunica vaginalis; removal of the latter; recovery.

(The Ind. Med. Gazette 1875. Vol. X. No. 5. p. 125.)

Ein 34jähr. kräftig gebauter Mensch bekam plötzlich eine starke kindskopfgrosse Anschwellung einer alten und schon zweimal punctirten rechtsseitigen Hydrocele, wozu sich innerhalb 5 Tagen Schmerzhaftigkeit der Geschwulst und febrile Störungen gesellten. Die fluctuirende Geschwulst wurde incidirt und sowohl subcutan befindlichem, als auch innerhalb der Tunica vaginalis angesammeltem, mit Blut und Coagulis gemischtem, 3 Pinten betragendem Eiter Ausgang verschafft. Unter antiseptischem Verbande wurde das Wundsecret bald sehr spärlich, allein die Höhle zeigte wegen der Dicke und Rigidität ihrer Wände (der Tu-

nica vag.) keine Neigung sich zu schliessen. 7 Wochen nach der Incision entfernte daher M. das verdickte perietale Blatt der Tunica vaginalis gänzlich durch Ausschälen derselben aus dem Hodensack und nähte die Scrotalhaut über dem zurückgebliebenen Hoden mit Metallnähten zusammen. Der Heilverlauf war durch Eiterverhaltung (trotz Drainage) und Eiterzersetzung mit begleitenden Fieberanfällen etwas protrahirt, doch verwuchs die Scrotalhaut vollständig mit der Hodenoberfläche. Auch die vorher bestandene Verdickung des Samenstranges bildete sich nach der Operation zurück. M. nennt den Erfolg in seinem Falle ausgezeichnet und glaubt seinem Verfahren vor den für ähnliche Fälle vorgeschlagenen Verfahren, nämlich Nichts zu thun (Bryant), partielle Excision der Tunica vaginalis (Syme) und Castration (Erichsen) den Vorzug geben zu dürfen.

A. Burger (London).

Fr. Salzer. Eindringen eines Heurupfers in die Genitalien eines 13jährigen Mädchens; manuelle Entfernung; Lufteintrit in die Bauchhöhle, Peritonitis; Heilung.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 33.)

Ein »Heurupfer« (eiserner Widerhaken) hatte sich durch Auffallen des Kindes so in dessen Genitalien geschoben, dass der Widerhaken im vorderen Laquear vaginae steckte, die Spitze hinter der Vaginalportion den hinteren Laquear durchbohrt hatte. Durch Abdrängen der Weichtheile von dem Widerhaken und Decken desselben mittelst des Fingers gelang unter Rotation leicht die Entfernung. Es erfolgte Heilung.

v. Mosengeil (Bonn).

E. Küster. Ueber anus fistulosus congenitus.

(Vortrag, gehalten in der Berl. med. Gesellsch. 16. Juni 1875.)

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 33.)

Verf. versteht unter dem von ihm gewählten, passenden Namen diejenigen Fälle, welche sonst mit unter die Bezeichnung Atresia ani cong. eingereiht wurden, wobei zwar die natürliche Oeffnung verschlossen, aber eine fistulöse an abnormer Stelle (Damm, Urethra, Blase, Vagina und Vulva) vorhanden war. Für Operation bietet von den angedeuteten Fällen der anus fistul. cong. perinealis und vulvae die günstigsten Verhältnisse. Zwei dieser geheilten Fälle wurden vorgestellt.

1) Mädchen mit a. f. vulvae, Mündung zwischen Hymen und hinterer Commissur; die Abnormität erst im 5. Monat entdeckt. Proctoplastik in der Weise ausgeführt, dass in der Raphe des Dammes ein $2^1/_2$ Ctm. langer Schnitt geführt, bis zum Rectum eingedrungen, dieses bis zur Hälfte seines Umfanges losgelöst, mit einer Scheere dicht an der hinteren Scheidenwand abgeschnitten, dann an seiner vorderen Wandung lospräparirt, in die äussere Wunde gezogen und eingenäht wurde. Die vorn und hinten klaffende Hautwunde wurde ebenfalls genäht. — Trotzdem prima intentio ausblieb, behielt der After seine richtige Lage und besteht Continentia alvi.

2) Mädchen mit a. f. perinealis hatte seit seiner Geburt mit Stuhlbeschwerden zu kämpfen. Es war hinter der Commissura post. ein feine Oeffnung. Im vierten Monat erfolgte die Operation; der Damm wurde auf einer Hohlsonde gespalten und die Schleimhaut an die äusseren Wundränder genäht. Die Schleimhautrinne überkleidete sich binnen 7 Monaten nicht, wie Goyrand angiebt, mit Epidermis, aber der After war wohlgebildet, functionirte normal und hatte das Kind keine Defaecationsbeschwerden mehr.

v. Mosengeil (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 48. Sonnabend, den 27. November. 1875.

Liebermeister. Handbuch der Pathologie und Therapie des Fiebers.

(Leipzig, **F. C. W. Vogel.** 1875.)

Die 6 Abschnitte des Liebermeister'schen Werkes: 1) Thermometrie, 2) Calorimetrie, 3) Theorie des Fiebers, 4) Wirkungen und Symptome des Fiebers, 5) Verlauf und Ausgänge des Fiebers, 6) Behandlung des Fiebers geben eine systematisch geordnete Uebersicht der Fieberlehre und zwar in der Weise, dass einerseits die historische Entwicklung der einzelnen Puncte Berücksichtigung findet, andererseits die den Anschauungen des Verf. zur Basis dienenden Arbeiten und Versuchsreihen in ausgedehnter Weise in den Text hineingenommen und aus ihnen die Lehren entwickelt werden. Als dritter, mehr zurücktretender Factor ist die kritische Beurtheilung zur Zeit noch verbreiteter, divergirender Ansichten zu nennen. Aus einem derartigen Handbuche einen Auszug zu geben, erscheint innerhalb der Grenzen dieses Blattes nicht möglich.

Hervorgehoben sei zunächst der Kernpunct des Ganzen, die Definition des Fiebers. Das Fieber ist ein Complex von Symptomen, welcher beruht auf einer Veränderung in der Wärmeregulirung, vermöge deren die Wärmeproduction über die Norm gesteigert, und der Wärmeverlust so angeordnet wird, dass eine abnorm hohe Körpertemperatur daraus hervorgeht. Dabei findet die Wärme-Oekonomie des Fieberkranken unter allen Umständen in der gleichen Weise statt, wie beim Gesunden. Alle Abweichungen im thermischen Verhalten des Fieberkranken lassen sich einfach auf die Veränderung der Regulirung zurückführen. (Die Regulirung des Wärmeverlustes ist beim Fieberkranken nicht ganz so ausgiebig als beim Gesunden.) Die Steigerung der Körpertemperatur ist bewirkt durch eine abnorme Steigerung des Stoffumsatzes. Der Harnstoff hat als Maass der Oxydationsvorgänge und der Wärmeproduction fast keine Bedeutung für das Fieber; viel wichtiger sind die quantitativen Veränderungen der Kohlensäureproduktion während desselben. Aus der Messung derselben sowie aus anderweitigen calorimetrischen Bestimmungen ergiebt sich, dass im Froststadium die Wärmeabgabe vermindert, die Production gesteigert ist; im Hitzestadium sind beide, Production und Verlust in gleicher Weise gesteigert; für die Zeit der sinkenden Temperatur kann die Production verschieden gross sein, wird aber vom Verluste überstiegen.

Auf Grund dieser Definition ist es Liebermeister's Ueberzeugung, man könne eben so gut an der Kartoffel als am Frosch das Fieber studiren. Energisch weist er die derartigen Versuchen zu Grunde liegende Ansicht zurück; es darf nicht ohne weiteres der Zustand nach Einführung putrider Substanzen etc. mit dem Fieber identificirt werden.

Die Absicht der Wärmeentziehungen, welche bei der Therapie des Fiebers an erster Stelle empfohlen werden, ist nicht im allgemeinen die Temperatur herabzusetzen, sondern möglichst grosse Intermissionen oder Remissionen herbeizuführen. Demnach ist die wichtigste Zeit für ihre Anwendung die Nacht und demnächst die Mittagszeit, als die Zeiten der natürlichen Remissionen. Die Temperaturgrenze, welche eine Wärmeentziehung indicirt, folgt dem normalen Laufe der Tagescurve. Der Nutzeffect des (oft wiederholten) kalten Bades von kurzer Dauer ist der grösste.

Nach dem Vorgange von Buss (St. Gallen) und Immermann (Basel) hat L. in der Tübinger Klinik die Salicylsäure bei Kranken mit Abdominaltyphus, Scharlach, Pneumonie, Pleuritis, Phthisis angewandt und dabei die günstigen Angaben von Buss und Immermann vollständig bestätigt gefunden. Die Remission des Fiebers scheint im Durchschnitt noch etwas früher einzutreten, als nach entsprechenden Chinindosen. Die Nebenwirkungen sind eher geringer.

Zum Schluss sei noch eine Methode zur abgekürzten Temperaturbestimmung in der Achselhöhle angeführt. Wenn man eine gewisse Zeit nach dem Einlegen des Thermometers in die Achselhöhle den

Stand desselben notirt, und dann noch einmal genau die gleiche Zeit vergehen lässt, und wieder notirt, so ist zu erwarten, dass bis zu Ende der Temperaturbestimmung das Quecksilber im Ganzen noch um eben so viel steigen wird, als es von der ersten bis zur zweiten Notirung gestiegen war. Wenn z. B. eine Minute nach dem Einlegen das Thermometer 35°, nach 2 Minuten 36° zeigt, so wird es überhaupt bis 37° steigen. **Ranke** (Halle).

A. Thierfelder. Atlas der pathologischen Histologie. 4. Lieferung. Pathologische Histologie der serösen Häute u. Gelenke.

(Leipzig, **Fues's** Verlag [R. Reisland]. 1875.)

Die vorliegenden 5 Tafeln der 4. Lieferung des Atlas der pathologischen Histologie schliessen sich würdig den vorhergegangenen an; auch sie zeichnen sich durch dieselben Vorzüge aus, welche die wissenschaftliche Kritik an den ersten Lieferungen bereits anerkannte, auch hier dieselbe Vollendung der gegebenen Abbildungen.

Die 1. Tafel der vorliegenden Lieferung enthält folgende Abbildungen: 1) frische fibrinöse Pleuritis, 2) ältere fibrinöse Pleuritis, 3) fibrinöse adhaesive Pericarditis, 4) alte fibrinöse Pleuritis, 5) frische eitrige Pleuritis, 6) Pyothorax und 7) alter abgesackter Pyothorax.

2. Tafel: 1) fibröse adhaesive Pleuritis, 2) alte fibröse Pleuraverdickung, 3) Osteom der Pleura, 4) acute miliare Tuberkulose des Netzes, 5) Tuberkulose des Bauchfells, 6) Tuberkulöse Pericarditis.

3. Tafel: 1) Primärer Endothel-Krebs der Pleura, 2) Secundäre Krebse der Pleura, 3) Hyperaemie der Kniegelenkszotten, 4) Arthritis uratica, 5) Gelenkzotten bei Argyrie.

4. Tafel: 1) Chronische Entzündung der Rippenknorpel, 2) freier Gelenkkörper, 3) Auffaserung des Gelenkknorpels, 4) fibrinöse Arthritis, 5) eitrige Arthritis, 6) Ostitis mit consecutiver Arthritis.

5. Tafel: Fibröse Anchylose zwischen Talus und Calcaneus, 2) Tuberkulöse Kniegelenksentzündung, 3) Tuberkulöser Fistelgang der Haut über dem Os naviculare, 4) Ecchondrosis spheno-occipitalis.

Aus den erwähnten Abbildungen heben wir nur folgende besonders hervor.

Die Hyperaemie der Kniegelenkszotten, überhaupt die Histologie der Synovialmembran und der Gelenkzotten beschreibt Verf. in Uebereinstimmung mit der Darstellung, wie Ref. sie (Arch. für mikroskop. Anatomie, Bd. X., Jahrg. 1874) gegeben, d. h. die bald faserige, bald interfibrilläre mucin- oder fettreiche Grundsubstanz der Zotten ist mit Endothelien bedeckt. »Die zahlreichen Tochterzotten bestehen lediglich aus einer Anhäufung von Endothelzellen und sind vollständig gefässlos.« — Sehr schön ist das Präparat von Arthritis uratica mit massenhaften Ablagerungen von Uratsalzen, welche in Form feinster Nadeln hauptsächlich in der hyalinen Grundsubstanz des Knorpels sichtbar sind. — Von besonderem Interesse ist das Verhalten der Gelenkzotten bei Argyrie (cf. Riemer, Arch. d. Heilk., Bd. XVI) von

einem Tabeskranken, welcher während 7 Jahre 34,032 Grm. Arg. nitr. in Pillenform = 21,61 Grm. metallisches Silber eingenommen hatte. Das Silber, welches wahrscheinlich als Silberalbuminat durch den Körper wandert und dann in Form kleinster Körnchen metallischen Silbers in den verschiedensten Organen, aber immer im Bindegewebe, abgelagert wird, ist im Zottengewebe ziemlich gleichmässig vertheilt, besonders in der Spitze, und verdeckt die zelligen Elemente. — Bezüglich der freien Gelenkkörper hat Th. 2 Präparate abgebildet, die genetisch durchaus verschieden sind. Der eine freie Gelenkkörper hat einen normal knöchernen Kern und eine Umhüllung, welche aus faserigem sklerotischem Bindegewebe besteht. Der andere stammt von aufgefasertem Knorpel; bekanntlich findet man in den Spitzen der durch Auffaserung der Knorpel-Grundsubstanz entstandenen sehr ansehnlichen Zotten Anschwellungen mit angesammelten jungen Knorpelzellen. Solche zellenhaltige Knorpelstückchen fallen, wie leicht verständlich, in Folge mechanischer Insulte oder der fortschreitenden Auffaserung ab und werden zu freien Gelenkkörpern; einen solchen stellt Th. in der anderen Abbildung dar. Ob diese letzteren Gelenkkörper noch einer bedeutenden Vergrösserung fähig sind, wenn sie vom Mutterboden abgetrennt sind, lässt Verf. unentschieden.

Ferner heben wir hervor das Präparat, welches eine fibrinöse Arthritis des Tibio-Tarsalgelenks und der Fusswurzel (Gelenkverjauchung nach compl. Unterschenkelfractur) darstellt. Die Gelenkflächen der Tibia und der Fusswurzelknochen waren mit Fibrinausscheidungen belegt, wie man es an den serösen Häuten kennt. Auf der letzten Tafel verdienen besonders die schönen Präparate von fibröser Anchylose, von der tuberkulösen Kniegelenksentzündung und dem tuberkulösen Fistelgang der Haut über dem os naviculare Erwähnung.

Tillmanns (Leipzig).

C. Weigert. Ueber pockenähnliche Gebilde in parenchymatösen Organen und deren Beziehung zu Bacteriencolonien.

(Habilitationsschrift 1875. Breslau. 46 S.)

W. findet bei Variola (nur sehr selten bei der sog. hämorrhagischen Form) in mehreren inneren Organen z. B. in der Leber, Milz, Nieren, Lymphdrüsen eigenthümliche miliare Heerde, die in der Mitte einen, ein Blutgefäss füllenden Bacterienhaufen oder Bacterienschlauch zeigen, dessen nächste Umgebung nekrobiotisch ist, wie die kernlosen, besonders veränderten, auf Reagentien nicht mehr in gewöhnlicher Weise antwortenden Zellen beweisen. An den Grenzen dieser kleinen nekrobiotischen Heerde bemerkt man nun anfangs, d. h. in früheren Stadien der Pocken, keine Reactionserscheinungen, später aber wohl. Diese Heerde sind wahrscheinlich in ähnlicher Weise entstanden, wie die Efflorescenzen der Haut; die Unterschiede sind auf die Verschiedenartigkeit des Terrains — einmal das weiche Parenchymgewebe, das andere Mal die zähe Haut — zu beziehen. Die Zellen

werden, ohne Unterschied ihrer physiologischen und morphologischen Dignität, von der Degeneration ergriffen und glaubt Verf. nachweisen zu können, dass die Heerde in der That als praemortal abgestorben aufzufassen sind. Eiterkörperchen, die hin und wieder, zuweilen zahlreich sich in der amorphen Masse finden, sind wohl nachträglich erst eingewandert. Kleinere Heerde werden wahrscheinlich vollständig resorbirt. Nach Erwägung aller Einzelheiten der sorgfältigen Untersuchungen, auf die hier nicht genauer eingegangen werden kann, glaubt Verf. diese Gebilde »als pocken ähnliche« bezeichnen zu können.

Verf. behandelt nun die Diagnose der Bacterien; nach Darlegung der Schwierigkeiten, der vielen Möglichkeiten der Täuschung und der Bedeutung der Haematoxylinfärbung für die Erkennung der Bacterien, kommt er zum Schluss, dass die centralen Körnchenschläuche der Heerde in der That als Bacterien aufzufassen sind; da diese nun anfangs sich immer in den Heerden finden, in späteren Stadien z. B. beim Eintrocknen der Hautpusteln aber oft fehlen, weil sie dann wahrscheinlich längst abgestorben und unkenntlich geworden sind, so stehen sie wohl in Beziehung zu den Heerden und zwar in der Weise, dass man annehmen kann, »dass die Nekrose eine Folge der Bacterienhäufungen ist«. Verf. sucht nun hier die Ansichten und Beweiskräftigkeit der Experimente derer, welche in den Bacterien Krankheitserreger nicht erblicken können, zu widerlegen; nachdem Verf. dann hervorgehoben, dass man in der That verschiedene Arten oder »Spielarten« von Bacterien, giftige und unschädliche, annehmen dürfe, dass das gleiche Aussehen nicht entscheidend sei, dass die Verschiedenheit und die Gleichheit positiv nachgewiesen werden müssten, dass Bacterienvegetationen im Körper auch ohne Entzündung gedeihen könnten, dass es nichts unsicheres gebe, als Transplantations- und Züchtungsversuche, dass die Variolabacterien wahrscheinlich andere Eigenschaften haben, als die gemeinen Fäulnissorganismen, glaubt er schliesslich annehmen zu dürfen, dass die besondere Eigenschaft vorliegender Bacterien darin bestände, »lebendes Gewebe an circumscripten kleinen Heerden in kernlose, todte Masse zu verwandeln, die wahrscheinlich eine ziemlich derbe Consistenz haben« etc.

Schliesslich führt Verf. an, dass ähnliche nekrobiotische Heerde auch bei anderen Krankheiten vorkämen z. B. bei der Diphtherie, bei Endocarditis ulcerosa, »Blutvergiftungskrankheiten« etc.

Die Frage, ob die Heerde in parenchymatösen Organen gleichzeitig mit den Hauteffloreseenzen entstehen, oder von diesen erst abhängig sind oder nicht, in welchem Verhältniss sie überhaupt zum Pockenprocess stehen, wird unentschieden gelassen.

A. Bidder (Mannheim).

W. Oehme. Ueber Jaborandi.

(Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1875. No. 17.)

Es wurden 15 Versuche angestellt (2 bei pleurit. Exsudaten, 4 bei Laryngitis catarrhal., 1 bei Lungen-Emphysem mit starker Bron-

chitis und 7 bei Reconvalescenten und Gesunden). Das Mittel wurde als Infus. von 4,0—6,0 (auf eine Obertasse siedenden Wassers) genommen und zwar in 5 Fällen tranken die Pat. das nicht colirte Infus mit dem Satz aus. Von den 15 Individuen zeigte sich nur bei 3 eine profuse Schweisssecretion, während bei 3 Personen nicht der geringste Schweiss auftrat. Bei den restirenden 9 Fällen constatirte O. eine bald reichlichere, bald geringere Schweissansammlung. Die Salivation war dagegen in allen Fällen sehr evident, während Verf. weder eine vermehrte Absonderung der Bronchialschleimhaut, noch Diarrhoe, noch gesteigerte Diurese beobachtete. Nur in einem Falle stellte sich zugleich mit der Schweisssecretion Schnupfen ein. Bezüglich des Verhaltens der Körperwärme und des Pulses entsprechen die Resultate des Verf. ganz den Erfahrungen aus England: nie trat ein Steigen der Körperwärme auf, in den Fällen dagegen, bei welchen die Schweisssecretion einigermassen reichlich war, wurde eine Temperaturerniedrigung um $^1/_2$° C. bis 1,4° C. beobachtet, welche jedoch nicht länger als 3—4 Stunden dauerte. —

Von besonderem Interesse für die Beurtheilung der Einführung des Mittels in die ärztliche Praxis sind die Nebenwirkungen des Jaborandi: während der Schwitzperiode Abnahme des Sehvermögens ohne Veränderungen der Pupille bei 3 Fällen, Uebelkeit und Brechneigung in 10 Fällen, wiederholtes Erbrechen in 2, heftiges $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde anhaltendes Brennen in der Urethra bei 4 Patienten. —

Den Antagonismus des Jaborandi zur Belladonna (Vulpian, Carville) constatirte Verf. in einem Falle: bei einer Person, welche 20 Minuten nach der Einnahme eines Infus. von 4,0 Jaborandi reichlichste Speichel- und Schweisssecretion zeigte, injicirte O. 0,0006 Atropin und nach $^1/_4$ Stunde eine 2. Dosis von 0,0003 Atropin. Sofort nahmen Schweiss- und Speichelabsonderung ab und $^1/_2$ Stunde nach der ersten Einspritzung waren Mund und Lippen trocken und am ganzen Körper keine feuchte Stelle zu entdecken.

Tillmanns (Leipzig).

F. Nawrocki. Ueber den Einfluss des Blutdrucks auf die Häufigkeit der Herzschläge.

(Beiträge zur Anatomie und Physiologie, als Festgabe **Carl Ludwig** gewidmet von seinen Schülern. 1874.)

v. Bezold und Stezinsky waren bekanntlich zu dem Resultat gekommen, dass bis zu einer gewissen Grenze mit dem Steigen des arteriellen Blutdrucks die Frequenz der Pulse wächst, wenn das Herz nach Durchschneidung des Halsmarks, des Halssympathicus und Halsvagus unter der Herrschaft der in ihm selbst vorhandenen Nervencentra steht.

N. hat die Frage nach dem Einfluss des Blutdrucks auf die Häufigkeit der Herzschläge nochmals einer eingehenden Prüfung unterworfen. Die Versuche zerfallen in drei Gruppen: 1) in solche, in welchen das Herz nach Durchschneidung des Rückenmarks, der Halssympathici und Halsvagi nebst den Depressores unter dem alleini-

gen Einflusse der in ihm selbst vorhandenen Nervencentra stand; 2) in solche, in welchen das Herz sich unter dem Einflusse excitomotorischer Nerven befand, wo also entweder blos die Vagi, oder zugleich das Rückenmark zwischen 2. und 4. Brustwirbel durchschnitten wurde; 3) endlich in solche mit Durchschneidung des Rückenmarkes am 1. Halswirbel bei erhaltenem Vagus oder auch Versuche an intacten Thieren, deren Herz also sowohl mit hemmenden als auch beschleunigenden Nervenfasern in Verbindung stand. — Verf. kam zu folgenden Resultaten:

Ad 1) Die Häufigkeit der Herzschläge ist an und für sich von der Höhe des arteriellen Blutdrucks ganz unabhängig. —

Ad 2) Wenn sich das Herz noch unter dem Einflusse excitomotorischer Fasern befindet, so übt der Blutdruck an und für sich keine Wirkung auf die Pulszahl. —

Ad 3) In Uebereinstimmung mit den Angaben anderer Autoren (Bernstein, Ludwig, Asp, Knoll) wird der Puls, so lange die Vagi intact sind, mit steigendem Blutdruck seltener, dagegen mit fallendem häufiger. **Tillmanns** (Leipzig).

---

v. Nussbaum. Eine Mittheilung über den Hospitalbrand.

(Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 4.)

Im Stadtkrankenhause zu München herrschte seit Decennien die Pyaemie; als ein Mittel gegen diese hat v. N. erfolgreich das Cauterisiren aller Knochensägeflächen mit dem Ferrum candens angewendet, kein so behandelter Pat. ist an Pyaemie gestorben. — Im Jahre 1872 gesellte sich hierzu noch der Hospitalbrand, von dem 1872 26 %, 1873 50 %, 1874 80 % aller Geschwüre und Wunden befallen wurden. Die strengste Durchführung des Lister'schen Verfahrens beseitigte den Hospitalbrand vollständig. — Dagegen trat die Pyaemie trotz des Lister'schen Verbandes nach Knochenoperationen auf, so dass v. N. die Knochen wie vorher cauterisirt. **Maas** (Breslau).

Kunze. Ueber eine neue Behandlungsweise des fieberhaften Gelenkrheumatismus.

(Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1875. No. 40.)

Verf. äussert sich über die Resultate der subcutanen Carbolinjectionen, die er seit $2^1/_2$ Jahren übt, auch schon früher veröffentlichte, und die von anderer Seite (Senator) ebenfalls erprobt wurden.

1—2 Gelenke werden auf einmal vorgenommen und 1—2 Spritzen einer 2 % Lösung an den schmerzenden Stellen injicirt. Es entsteht kein oder nur sehr geringer Reiz, dagegen wirkt hier das Carbol geradezu als Anästheticum, meist vorzüglicher als Morphium, indem nach einer halben bis mehreren Stunden der Schmerz aufhört, Schlaf erfolgt, das Gelenk abschwillt, und nur noch etwas steif bleibt. Nach einigen Tagen ist die rheumatische Affection des betreffenden Gelen-

kes ganz geschwunden, das im weiteren Verlaufe auch fast nie zum zweiten Male befallen wird. Die Wirkung des Carbols ist eine rein locale und beeinflusst das Fieber nur in soweit, als dasselbe Ausdruck der localen Entzündung ist.

Deswegen giebt Verf. Chinin in Grammdosen und glaubt durch diese combinirte Behandlung den Krankheitsverlauf bedeutend abkürzen zu können. **Pagenstecher** (Elberfeld).

Teissier. Fracture de la clavicule.

(Gaz. hebdom. 1875. No. 4.)

T. hat für Clavicularbrüche folgenden Verband ersonnen. Auf die Clavicula von der Schulterhöhe bis zum Sternum wird eine 5—6 Ctm. breite, erweichte Guttaperchaschiene gelegt; am inneren Ende dieser Schiene und senkrecht auf sie gerichtet wird eine zweite, eben so breite, hinzugefügt, welche die obere Hälfte des Sternums bedeckt, an der Basis der kranken Halsseite nach hinten und etwa 8—10 Ctm. längs der Wirbelsäule herabläuft. Eine 3. Schiene am äusseren Ende der Clavicula geht, sich auf die Schultern stützend, vom Axillarrande aus nach hinten und endet etwa 3 Ctm. unter der spin. scapulae. Das Ganze wird durch eine Binde fixirt, welche den Ellbogen mit einschliesst. Im Falle einer complicirten Fractur kann in der Clavicularschiene ein Fenster angelegt werden. **Fr. Steiner** (Wien).

A. Rajewsky. Ueber Diphtherie des Darmcanals.

(Centralblatt für die med. Wissensch. 1875. No. 41. p. 691—692.)

Verf. hat viele Fälle von Diphtherie des Darmes bei Menschen untersucht und gefunden, dass denselben stets ein katarrhalischer Process vorausgeht, dass die Gefässe hyalin entartet sind und dass sich in den fibrinösen, körnig veränderten Exsudatmassen der Schleimhaut zahlreiche Bacterien finden. Experimente an Kaninchen zeigten, dass sich bei ihnen Diphtherie durch Einspritzen bacterienhaltiger Flüssigkeit n u r d a n n erzeugen lasse, wenn die Schleimhaut des Darmes vorher künstlich entzündlich gereizt war. Das Nähere der kurzen Mittheilung, welcher eine ausführliche Beschreibung folgen soll, wolle man im Original nachsehen. **A. Bidder** (Mannheim).

Verité. De l'eczème anal.

(La France médicale 1875.)

Bei Beschreibung des trocknen, mit heftigem Jucken verbundenen After-Eczems erwähnt Verf. sein Vorkommen bei Frauen zur Zeit der Menopause im Verein mit pruritus vulvae und sein häufiges Zusammentreffen mit Arthritis urica. B a z i n fand es bei 170 Arthritikern, die er darauf untersuchte, 46 mal. Dieser Umstand, sowie die Hartnäckigkeit und Trockenheit des Eczems sollen die gichtige Natur desselben darthun.

Nicht zu verwechseln mit dem eigentlichen After-Eczem ist das feuchte Eczem, das man häufig bei Hämorrhoidal-Kranken findet; es weicht jenes nach Beseitigung der Hämorrhoiden und des begleitenden Mastdarmkatarrhs, während die trockne Form zu den hartnäckigsten Uebeln gehört, durch unerträgliches Jucken, schlaflose Nächte und seinen Einfluss auf die Genitalsphäre oft zur tiefsten Hypochondrie führt. Verf. empfiehlt schliesslich die Bazin'sche Behandlung; 6—8 Grm. Natr. bicarb. auf 500 Grm. Seifenkrautsyrup Morgens und Abends einen Löffel zu nehmen. Oertlich braucht er eine Salbe von ferrum sulf. 0,5 cetaceum 4,0 axungia porci 30,0.

Als letztes Mittel ist Arsenik zu versuchen, gegen restirenden Pruritus eine schwache Sublimatlösung in Glycerin; ausserdem Bromkalium innerlich und äusserlich. **A. Genzmer** (Halle).

Maunder. Double fistula in ano (Clinic. society of London).

(Med. tim. and. gaz. 1875. 28. August. p. 250.)

M. berichtete über eine 24jährige Patientin mit zwei Mastdarmfisteln, von denen die eine mit dem Messer, die andere gleichzeitig mit der elastischen Ligatur behandelt wurde. Die Schmerzen der ersten Tage bezogen sich zumeist auf die Seite der Ligatur. Am 9. Tage fiel dieselbe ab. Am 12. Tage war die mit dem Messer operirte Fistel in eine einfach oberflächlich granulirende Wunde verwandelt, während die andere zu einem tiefen Geschwür mit harten Rändern geworden war. Am 22. Tage war erstere vollständig vernarbt; fünf Wochen später erst die zweite. Hutchinson, Hulke, Thomas Smith berichten über ähnliche Nachtheile der Ligatur, und nur Heath empfiehlt dieselbe bedingungsweise, für hoch hinaufgehende Fisteln zur Vermeidung einer Blutung.

Ranke (Halle).

E. Rose. Ueber Stichwunden der Oberschenkelgefässe und ihre sicherste Behandlung.

(Sammlung klinischer Vorträge No. 92.)

Nach Besprechung der Unzuverlässigkeit der Hunter'schen Unterbindung bei Verletzungen der Gefässe entwickelt R. seine Ansicht näher, dass nur die doppelte Unterbindung in loco von wirklich sicherem blutstillendem Effecte sei und giebt die Art und Weise seines Verfahrens, das ihn noch nie im Stich gelassen habe, genau an. Im Wesentlichen besteht dasselbe darin, dass R. nach Entfernung der provisorischen Blutstillungsmittel mit dem linken Zeigefinger in die Wunde eingeht, wodurch er zugleich die Blutung stillt und das Loch in der Arterie sucht. Nun wird unter fortwährender Compression mittelst des linken Zeigefingers mit der rechten Hand die Wunde trichterförmig erweitert, bis der freie Zugang zur verletzten

Gefässwand eröffnet ist. Dann wird zunächst das centrale Ende unterbunden, und nach Entfernung des fast erlahmten Fingers auch das peripherische; endlich folgt die Exstirpation des zwischen beiden Ligaturen liegenden Gefässstückes und sorgfältige Untersuchung des ganzen Wundbodens, damit, falls noch irgend ein Gefässast bluten sollte, auch an diesem die Unterbindung sogleich gemacht werden kann. Diese Art der Ligatur in loco biete mehr Sicherheit, als alle übrigen Methoden; auch sei die Blosslegung der Arterien in loco das beste diagnostische Mittel, um zu unterscheiden, ob der Hauptstamm oder nur Nebenäste verletzt seien.

. Verf. fasst dann seine Ansichten — an Stelle der 11 »praktischen Regeln« Strohmeyers — in 10 Sätze zusammen, welche man im Original nachsehen wolle.

Im weiteren Verlaufe des Vortrages bespricht R. die bisher noch sehr widerspruchsvollen Ansichten über die Unterbindung der Hauptvenenstämme bei Verletzungen. Auch hier hat R. von der sorgfältigen doppelten Unterbindung nur Gutes gesehen und stellt endlich, nach genauer Schilderung eines Falles von Unterbindung der Arteria und Vena femor. dicht unter dem Poupart'schen Bande mit günstigem Ausgang, in weiteren 9 Puncten seine Ueberzeugungen in Bezug auf die Venenligatur zusammen, wobei er mit grossem Nachdruck betont, dass man nie an den Ligaturfäden auch nur im geringsten zupfen dürfe.

Mehrere interessante Krankheitsfälle illustriren die Behandlungsmethode der Gefässverletzungen, die R. selbst am Schlusse kurz dahin zusammenfasst, dass er sie als »blutdichte Exstirpation der Arterienstiche« empfiehlt.

A. Bidder (Mannheim).

Richardson und **Porter**. Congenitale Kniegelenks-Luxation.

(Bost. med. and surg. Journal 1875. Vol. II. p. 321.)

Die folgenden zwei Beobachtungen sind von besonderem Interesse, nicht nur wegen ihrer Seltenheit, sondern auch weil sie rein waren und nicht complicirt durch Missbildungen, Lähmung und Veränderungen der Gelenkflächen und weil eine einfache Therapie Heilung bewirkte. Der erste Fall betrifft ein normal geborenes im Uebrigen gesundes Mädchen; dasselbe zeigt eine volle Verrenkung im linken Kniegelenke; in der Rückenlage erscheint der Unterschenkel in vollkommen senkrechter Haltung erhoben, der innere Knöchel ist dem Nabel zugewandt, der Fuss selbst nach aussen rotirt. Die Tibia und mit ihr die Fibula ist nach vorn und aussen gerichtet. Die Knochen des Ober- und Unterschenkels sind normal gebildet, die inneren Gelenkbänder des Knies erscheinen stark gespannt (vielleicht etwas schwächer entwickelt). Ueber und unter dem Knie erblickt man eine starke Hautfurche mit geröthetem Grunde; nirgends ist eine Spur von Entzündungserscheinungen wahrzunehmen. — Unter leichtem Zuge konnte die Verrenkung gehoben werden (dabei erschien die

linke Patella weniger deutlich markirt als die rechte) um mit Nachlass desselben sich sogleich wieder herzustellen. Die Behandlung bestand in täglicher einfacher Bandagirung des eingerichteten Kniegelenks. Nach 14 Tagen befand sich das Knie in normaler Stellung, war aber noch etwas beweglicher, als das rechte; nach weiteren 4 Wochen war ein Unterschied zwischen beiden Knieen nicht mehr zu erkennen.

Im 2. Falle bestand bei einem sonst gesunden, normal geborenen Mädchen eine Verrenkung des Unterschenkels nach vorn und oben in stärkster Dorsalflexion. Auch hier genügte ein einfacher Zug um die Luxation auszugleichen und ein einfacher Verband in dieser Stellung, um binnen Kurzem volle Heilung zu bewirken. Verf. betont, gegenüber Druitt, die Heilbarkeit des Leidens (vergl. Centralbl. f. Chir. 1875. No. 7 u. No. 39). **Pils** (Stettin).

Hoffmann. Ueber Verletzungen des Kniegelenks durch Kleingewehrprojectile und deren Behandlung.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1875. Hft. 5).

H. hat die gesammte neuere Litteratur über Kniegelenkschusswunden in sorgfältiger Weise gesammelt und kommt nach einer detaillirten Vergleichung der mit verschiedenen Behandlungsmethoden erzielten Resultate zu folgendem Ergebniss: von den 4 in Anwendung gezogenen Behandlungsweisen, nämlich der rein erhaltenden Methode, der Resection, der Amputation am Oberschenkel und der Exarticulation des Unterschenkels, hat die Resection die schlechtesten Resultate geliefert; die Indicationen dazu seien ohnehin zu wenig zahlreich, um ihr eine bleibende Superiorität zu sichern. Die Exarticulation des Unterschenkels dagegen hat alle Aussicht, bei unverletztem Oberschenkelknochen und nur mässig beschädigten Weichtheilen die Amputation zu ersetzen. Zwischen dieser letzteren und der erhaltenden Methode werde man noch lange schwanken, da die bisherigen Erfahrungen nicht ausreichend genug seien, um die Indicationen für jede derselben zu präcisiren. Es sei jedoch zu berücksichtigen, dass, selbst wenn mit weiterer Vervollkommnung des Verfahrens die conservirende Behandlung von Kniegelenkschusswunden in Zukunft die günstigsten Chancen biete, in Kriegszeiten doch oft genug die Ungunst der Verhältnisse der Amputation ihr altes Recht verschaffen werde.

Arn. Hiller (Berlin).

W. Stokes. On supra-condyloid Amputation of the thigh.

(The Dublin Journal of med. sciences 1875. August. p. 97.)

Es werden zunächst 2 nichts wesentlich Neues bietende Krankengeschichten von Patienten mitgetheilt, bei denen die oben angeführte Operation mit sehr gutem Erfolge, wie 2 beigegebene Lithographien es bezeugen sollen, gemacht wurde. St. durchsägt das Femur etwa $^1/_2$—$^3/_4$ Zoll oberhalb des vorderen oberen Randes seines Knorpel-

überzugs, erhält ferner die durchsägte Patella, die er zur besseren Befestigung auf der unteren Femurfläche mittelst eines Catgutfadens, der durch die Weichtheile in der Nähe des unteren Randes der Patella und der hinteren Fläche des Oberschenkelbeines durchgestochen wird, festnäht.

Die Vortheile, welche diese Methode mit den anderen in der Nähe des Kniegelenks ausgeführten theilt, sind folgende: Der Stumpf kann als Stütze für die Anbringung eines künstlichen Gliedes dienen, wodurch der Kranke in den Stand gesetzt wird, mit beweglichem Hüftgelenk zu gehen; die Neigung zur Sequesterbildung ist vermindert, ebenso wie die Gefahr und die Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer starken Eiterung und Osteomyelitis.

Specielle, sie vor jenen Methoden aber auszeichnende Vortheile sollen sein: das Bedecktsein der hinteren Fläche des Lappens mit Synovialhaut, wodurch die Neigung zu erschöpfender Eiterung und zu purulenter Infection (?) vermindert werden soll; die durchschnittene Patella hat weniger Neigung sich zurückzuziehen, verhindert deshalb besser Pyaemie; der Stumpf wird schöner und passender zur Anbringung einer Prothese; der normale Ansatz der Extensoren wird erhalten. **H. Braun** (Heidelberg).

C. Nicoladoni. Phlebarteriectasia spontanea pedis.

(Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 4.)

Anknüpfend an den in demselben Bande des Arch. f. klin. Chirurgie mitgetheilten Fall, berichtete N. über eine Angiectasie des rechten Fusses und Unterschenkels bei einem 22jährigen Mädchen; das Uebel hatte ohne nachweisbare Ursache vor 3 Jahren angefangen. Wegen des Näheren auf das Original verweisend, führen wir aus dem Status an, dass der Umfang des Fuss- und Chopart'schen Gelenks an der kranken Seite um 2 Ctm. gegenüber der gesunden vermehrt war, und die Temperatur in der rechten ersten Interdigitalfalte 29,4° C., links 23,6° C. betrug. N. führt durch Vergleichung mit dem ersten Falle aus, dass die grossen Angiectasien der Extremitäten zuerst mit einer cirsoiden Erkrankung der Anastomosensysteme der Hohlhand und der Fusssohle (N. schreibt »Plattfusses«) beginnen. Sie stellen zuerst ein Aneurysma der Anastomosen dar, analog den racemosen Aneurysmen des Kopfes. — Therapeutisch wurde die forcirte Flexion im Hüft- und Kniegelenk, ferner die Digitalcompression, Compression der Aneurysmen durch elastische Binden und Luftkissen, Instrumentalcompression ohne Erfolg angewendet; am 29. Decbr. v. J. die Art. cruralis in der Mitte des Femur unterbunden. Hiernach schwand der Venenpuls, die Randpartieen des Aneurysma der Tibial. post. wurden hart, pulsirten nicht mehr; im Ganzen war indessen der Erfolg der Unterbindung nach einiger Zeit ein kaum nennenswerther. **Maas** (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

Bruehl. Ueber eine neue bequeme Methode der Harnstoffbestimmung.

(Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1875. No. 28.)

Bei Gelegenheit einer grösseren Reihe von Harnstoffbestimmungen, welche Verf. ausführte, wurde der von Graham Steell in Edinburgh (Edinburgh med. Journal 1874. p. 146) angegebene, sehr einfache Apparat benutzt. Steell war auch der erste, welcher mit unterbromigsaurem Natron Harnbestimmungen ausführte. Der erwähnte Apparat besteht aus folgenden Theilen: als Entwicklungsgefäss dient eine kleine Flasche, die durch einen durchbohrten Kautschukpfropfen verschlossen ist. Durch denselben geht eine gebogene mit einer Kugel versehene Glasröhre, die durch ein Stück dünnen Gummischlauchs mit einer in einem Stativ (umgekehrt) aufgestellten graduirten Burette mit Glashahn verbunden ist. Die Burette wird mit Wasser gefüllt und taucht in ein mit HO von Zimmertemperatur halbgefülltes Glasgefäss. Die Entwicklungsflasche steht in einem Kühlgefäss. Der zu untersuchende Urin wird in ein kleines Reagenzgläschen gegossen, in die zur Aufnahme der Bromlauge bestimmte Entwicklungsflasche eingesetzt oder festgekittet. Bei Bereitung der Bromlauge werden 100 Grm. Aetznatron in HO gelöst und auf 1250 Grm. verdünnt. Die durch Einsetzen in kaltes Wasser möglichst stark gekühlte Lauge wird mit 25CC Brom versetzt, kräftig geschüttelt und wiederum gekühlt.

Die azotometrische Stickstoffbestimmung wird nun in folgender Weise vorgenommen:

Von dem zu untersuchenden Harn werden je nach der Concentration 3 oder 5CC in das kleine Reagenzgläschen und etwa 30CC der Bromlauge in das Entwicklungsgefäss gegossen. Nach fester Einsetzung des Kautschukpfropfen wird das Gefäss in kaltes Wasser gesetzt; nach einigen Minuten wird der Gummischlauch mit der Burette verbunden und deren Hahn geöffnet. Darauf wird das Entwicklungsgefäss aus dem Wasser genommen und etwas geneigt, sodass ein kleiner Theil des Urin's aus dem Reagenzgläschen ausfliesst und wird mit der Bromlauge leicht geschüttelt. Diese Procedur wird in Pausen mehrfach wiederholt, bis der Urin völlig ausgeflossen ist. Erfolgt keine Gasentwicklung mehr, dann wird die Flasche zur Abkühlung in das Kühlgefäss gestellt. Nach 1—2 Min. wird die Burette in dem Gefäss gesenkt und gehoben, bis der Wasserspiegel in beiden gleich ist, der Hahn der Burette wird geschlossen und das Gummirohr entfernt. Das Volumen des Stickstoffes kann nun abgelesen werden.

Tillmanns (Leipzig).

Boismarin. Morsure de vipère, mort; traitement à suivre.

(Journal de med. et de chirurgie prat. 1875. Août. p. 350.)

Im Anschluss an 4 Fälle von Vipernbiss, von denen der eine (12jähr. Knabe) tödtlich verlaufende genauer beschrieben wird, trägt Verf. seine therapeutischen Ansichten vor.

Ein Theil des Giftes kommt direct in die Circulation und macht die bekannten Erscheinungen (Uebelkeit, Erbrechen, Prostration).

Ein anderer Theil bleibt in der Nähe der Wunde und verursacht die von da mehr oder weniger weit sich verbreitenden Oedeme, deren Serum ein vergiftetes ist und ebenfalls, wenn auch langsamer, in die Circulation übergeht, so dass Individuen, die den primären Zufällen widerstanden, noch nach Tagen zu Grunde gehen können.

Wichtig ist also die Beschränkung und Abschliessung des Oedems durch Ligatur oberhalb, durch Erweiterung der ursprünglichen Wunde, Incisionen, Scarificationen oder Punctionen der geschwellten Theile, auch durch Schröpfköpfe, wobei der Ausfluss durch warme Umschläge zu erhalten ist.

Die allgemeine Behandlung beschränkt sich auf die bekannten Reizmittel, worunter das Ammoniak obenansteht, das aber, auf die Wunde direct angewandt, keinen Einfluss zu haben scheint. **Pagenstecher** (Elberfeld).

Stamer O'Grady. Twelve cases of excision of tumours.

(The Dublin Journal of med. sciences 1875. July. p. 20.)

Es werden in dieser längeren Abhandlung die ausführlichen Krankengeschichten von 12 Geschwulstexstirpationen, meist mit guten Abbildungen des Aussehens der Neubildung vor der Operation, gegeben. —

I. Geschwulst (histologisch nicht untersucht) der Supraclaviculargegend, von welcher ein Theil weit hinter der Clavicula hinabstieg, ein anderer zwischen Oesophagus und Trachea und ein dritter zwischen linker Carotis und a. subclavia lag. Heilung. $2^1/_2$ Jahre später ohne Recidiv gestorben.

II. Lipom am Hinterhaupt und im Nacken. Heilung.

III. Lipom, mit vielem Bindegewebe durchsetzt, bei 60jähriger Patientin, in der Parotisgegend. Heilung.

IV. Gestielte, seit 10 Jahren bestehende Geschwulst in der Lumbargegend bei einem jungen Mädchen. Tod 74 Stunden nach der Operation. Herz klein, fettig degenerirt, Wandungen dünn. Amyloide Entartung von Leber und Niere. —

V. Lipom am Damm. Tod an Pyaemie. Pat. wollte nach Hause gehen, da die Wunde scheinbar geheilt war, als plötzlich Fieber mit Frost und Schweissen, nebst Schmerzen in der Brust und verschiedenen Gelenken auftraten. Section: Abscess in der rechten Lungenbasis. Vereiterung beider Kniegelenke.

VI. Weiches Carcinom, in grosser Ausdehnung den Rücken und die Lendengegend eines 45 Jahre alten Mannes einnehmend. Wunde granulirte gut; nichts destoweniger erholte er sich nicht mehr, bekam Athemnoth, Schmerzen in der Hüfte und starb bald nachher zu Hause.

VII. Weicher Krebs in der Gegend unter dem Ohre. Heilung.

VIII. Lipom in den Bauchdecken eine Hernie vortäuschend. Heilung in 14 Tagen.

IX. Lipom in der Leiste und am Schenkel mit der Scheide der Femoralgefässe zusammenhängend. Bei der Exstirpation wurden die Gefässe auf mehrere Zoll hin frei gelegt. Heilung.

X. Fettgeschwulst, 8 Pfund schwer, an der äusseren und hinteren Seite des Schenkels. Heilung.

XI. Lipom mit vielen bindegewebigen Septis durchsetzt in der Kniegegend; trotzdem man tief in die fossa poplitea kam, verschiedene Venen verletzte, kam die Heilung dennoch schnell zu Stunde.

XII. Melanotischer Tumor von Ei-Grösse über der fossa supraclavicularis; die Heilung ging langsam vor sich; als die 55jährige Frau $^1/_2$ Jahr später starb, war noch kein Recidiv wieder aufgetreten. **H. Braun** (Heidelberg).

Bennett. Fracture of the skull fatal by laceration of the middle meningeal artery.

(The Dublin Journal of med. science 1875. Mai. p. 479.)

Ein 19jähriger Mann erlitt Mittags gegen 12 Uhr durch eine fallende Gerüststange einen Schlag auf den Kopf, wodurch er auf einen Haufen Steine hingeworfen wurde. Anfangs betäubt, kam er bald wieder zu Sinnen, so dass er mit seinen Pferden einen weiten Weg nach Hause machen konnte; später fand man ihn im Stalle liegend und brachte ihn um 5 Uhr ins Hospital mit kleinem, schwachem Pulse, langsamer stertoröser Respiration, linksseitiger Lähmung. 1 Stunde später Tod.

Section ergiebt Bluterguss über den ganzen Scheitel und beide Schläfen, ausserdem zwischen Schädel und dura mater ein starkes, das Gehirn comprimirendes, und durch eine Fissur des Schläfenbeines entstandenes Blutcoagulum, dass die zerrissene rechte a. meningea media einschliesst.

H. Braun (Heidelberg).

J. A. Marques. Anévrisme de la carotide externe, guéri par la compression digitale.

(Gaz. hebdom. 1875. No. 6.)

Ein 30jähriger Portugiese verspürte seit 1 Jahre leichte, intermittirende Schmerzen im Halse und rechten Ohre. Den 31. August 1874 stellte ein Arzt die Diag-

nose: Aneurysma der Carot. extern. dextr. Es wurde die Digitalcompression versucht. In den ersten 10 Tagen ward die Compression 5 Stunden, in den folgenden 25 Tagen täglich 10—12 Stunden geübt. Die Geschwulst, auf welche eine Eisblase gelegt wurde, war am Ende dieser Zeit hart, kleiner, doch pulsirte sie noch immer. Pat. verlor die Geduld und reiste fort. — Nach einiger Zeit steigerten sich aber die Schmerzen im Ohre und in der Geschwulst zu unerträglicher Heftigkeit. Pat. liess sich in's Spital aufnehmen. Wieder die Digitalcompression versucht, am 1. Tage durch 7 Stunden hintereinander. Nach halbstündiger Compression bekam Pat. eine Ohnmacht, die in der horizontalen Lage schwand, daher später immer in dieser Lage comprimirt wurde. Auf der Geschwulst lag eine Eisblase; innerlich nahm Pat. Digitalis. Die Digitalcompression wurde mit 2- bis 12tägigen Pausen fortgesetzt, bald durch 10 Stunden, einmal durch 12 Stunden, selbst bis zu 41 Stunden.

Im Beginn der 6. Woche war völlige Heilung erzielt, doch wurde Vorsichts halber auch jetzt noch eine Woche lang täglich 3 Stunden comprimirt.

Die Ohnmachtszufälle im Beginne der Behandlung, wohl auch begünstigt durch die aufrechte Position des Pat., blieben späterhin ganz weg. M. erklärt dies aus der allmäligen Entwickelung des Collateralkreislaufes, wodurch die anfangs während der Compression der einen Carotis eintretende Gehirnanaemie beseitigt wurde. — Die Schlaflosigkeit nach der Heilung glaubt Verf. ebenfalls mit der stärkeren Blutzufuhr zum Gehirn in Zusammenhang bringen zu müssen. — Innerhalb 40 Tagen war die Compression im Ganzen 283 Stunden geübt worden.

Fr. Steiner (Wien).

E. Albert. Die Ovariotomie in Tirol.

(Wiener med. Presse 1875. No 34 u. 35.)

Die erste Ovariotomie in Tirol wurde von Dr. J. Liebl ausgeführt; vorher wiederholte Punctionen. Bei der Ovariotomie wurde ein kindskopfgrosser, harter Tumor entfernt. Eine breite Adhäsion am Dünndarm, mit dem Messer gelöst. Exitus letal. nach 4 Wochen durch Peritonitis.

Die 2. Ovariotomie (Dr. Lantschner) betraf eine 28jährige, ledige Pat. — Dünne Cystenwand, keine erheblichen Adhäsionen. Bei einem Hustenstoss der Pat. platzte die Cyste, deren Inhalt in die Bauchhöhle floss. Der lange, dünne Stiel in der Bauchwunde mit Acupressurnadeln befestigt. Tod durch Peritonitis in wenigen Tagen.

1874 operirte A. eine 25jährige Pat. Einfache Cyste; ohne Adhäsionen; kurzer Stiel, daher versenkt. Am 3. Tage Tod durch Peritonitis. A. schiebt den ungünstigen Ausgang auf die schlechten Spitalverhältnisse.

Bei einer 2. Pat., die 7 Male zuvor punctirt worden war, machte A. die Ovariotomie (1875). Adhäsion der Cyste mit dem Netze, theils stumpf, theils mit Messer getrennt; Stiel in die Klammer gelegt; seine Schnittfläche mit ferr. cand. cauterisirt und mit ferr. sesquichlor.-Krystallen bestreut. An der Bauchwunde Knopfnähte. Langanhaltender Meteorismus und andauerndes Erbrechen, Diarrhoeen und Blasenkatarrh verzögerten späterhin die endliche Heilung. **Fr. Steiner** (Wien).

M. Dauphin. Lythiase rénale. Pyelite suppurée.

(Presse médicale Belge 1875.)

Eine 40 Jahre alte Frau bemerkte im Januar 1875 eine Geschwulst in der rechten Weiche, die allmälig wuchs. Ein Arzt incidirte; es entleerte sich eine grosse Eitermenge. Die Incisionsöffnung wurde fistulös, secernirte, die Umgebung war andauernd geschwollen und schmerzhaft. Pat. kam sehr herunter. Da eine Sondirung der Fistel verweigert wurde, kam nur eine begleitende Diarrhoe mit kurzem Erfolg in Behandlung. Es stellten sich profuse Schweisse und hektische Fieber ein; Pat. starb Ende Mai 1875. Die Autopsie zeigte massenhafte peritonitische Adhäsionen. Die Fistel führt in eine weite Höhle, die von der sehr derben Kapsel der rechten Niere und der zu einer dünnen, mehrfächerigen Schale aus-

gedehnten eigentlichen Nierensubstanz begrenzt wird. Den Inhalt bildet blutiger Eiter, mit zahlreichen kalkartigen Steinchen.

Der rechte Urether ist in seinem oberen Theile stark ausgedehnt, in seinem unteren in einen fibrösen Strang verwandelt; als Ursache des Verschlusses findet sich ein 4 Ctm. langer, $1\frac{1}{2}$ Ctm. breiter Stein.

Die linke Niere zeigt einen geringen Grad von interstitieller Nephritis.

A. Genzmer (Halle).

Tarnier. Fissure à l'anus; jodoforme.

(Journal de méd. et de chirurgie prat. 1875. Août. p. 343.)

Jodoform aufgepulvert und mit Wattetampon in das Rectum eingeführt, brachte in kurzer Zeit die Heilung einer sehr schmerzhaften und allen anderen Mitteln (Incision nicht angewandt) trotzenden Fissur zu Stande. Die Linderung der Schmerzen war sofort da. **Pagenstecher** (Elberfeld).

Fistules à l'anus. Fer rouge.

(Journal de méd. et de chirurgie prat. 1875. Août. p. 348.)

Empfehlung des Glüheisens, in sehr exacter Weise und intensiv angewandt mit angeblich rascher Heilung. Anführung von drei Fällen.

Hernie étranglée, opérée et guérie chez un enfant de treize mois; suture profonde et superficielle après la kélotomie.

Ibid. p. 348.

Bei einem 13monatlichen Knaben wurde eine eingeklemmte Leistenhernie mit im Abdomen zurückgebliebenem Hoden nach erfolglosen Taxisversuchen glücklich operirt. Zur Schliessung der Wunde wird oberflächliche und tiefe Naht abwechselnd (in bekannter Weise) empfohlen. **Pagenstecher** (Elberfeld).

L. Championnière. Hémorrhagie de la paume de la main, emploi de l'appareil d'Esmarch.

(Journal de méd. et de chirurgie prat. 1875. Août. p. 345.)

15 Tage nach tiefer Stichwunde des Daumenballens durch Glassplitter mit sich wiederholenden gefährlichen Blutungen, und nachdem häufige Misshandlungen der Wunde mit Eisenchlorid vorangegangen waren, wurde unter künstlicher Anaemie die angeschnittene Arterie doppelt unterbunden.

Pagenstecher (Elberfeld).

Hulke. Arterio-venous aneurism in the thigh caused by a pistol-shot. (Clinic. soc. of London.)

(Med. tim. and. gaz. 1875. 28. August. p. 251.)

Der 44jährige Patient hatte vor 3 Jahren einen Pistolenschuss in den rechten Oberschenkel erhalten; die Eingangsöffnung befand sich 5 Zoll senkrecht unterhalb der crista oss. il. und $4\frac{1}{2}$ Zoll von der spin. ant. sup.; die unter der Haut liegende Kugel wurde in ihrer Form unverändert auf der Innenseite des Schenkels $7\frac{1}{2}$ Zoll unterhalb des Schambeines bald nach dem Unfall herausgeschnitten. Etwa ein Weinglas voll Blutverlust. Schnelle Heilung der Wunden; bettlägerig war Pat. nur den ersten Tag. Unter Schmerzen schwoll allmälig das Bein an. Jetzt Anschwellung des ganzen Beines mit Venenectasieen, Unterschenkel-Eczem und einem Fussgeschwür. Arterie und Vene bis zur Verwundungsstelle stark erweitert, letztere pulsirt synchron mit der Arterie, und sind Geräusche über ihr hörbar. Compression der Arterie lässt die Geräusche und die Pulsation sofort verschwinden. Nach vergeblichen Heilungsversuchen mittelst verschiedener Compressorien wird Pat. mit einem elastischen Strumpfe entlassen. **Ranke** (Halle).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N°. 49. **Sonnabend, den 4. December.** **1875.**

E. Schweninger. Ueber Transplantation und Implantation von Haaren.

(Zeitschrift f. Biologie Bd. XI. p. 341—380.)

Durch zahlreiche Versuche nach dem Vorgang von Réverdin ist erwiesen, dass lebensfähige Epidermis durch Transplantation zu Regeneration und Neubildung Veranlassung geben kann. Dagegen lagen über Transplantation von Haaren bisher keine genügenden Versuche vor und doch erscheinen die anatomischen Verhältnisse mit der Wurzel ausgerissener Haare für die Transplantation a priori nicht ungünstig; auch hier haben wir Epithelialzellen und Theile des rete Malpighi; denn einmal sind die äusserten Zellenlagen der äusseren Wurzelscheide pigmentirt und genetisch mit den untersten Zellen des Malpighi'schen Netzes identisch und zweitens ist der Haarknopf zuletzt, d. i. ganz unten, von Zellen umgeben, die voll-

ständig mit denen des rete Malpighi übereinstimmen und ebenso wie die letzteren, besonders bei dunkelhaarigen Menschen und Thieren, eigentliche Pigmentzellen darstellen.

Bekanntlich sind die mit Haarschäften allein, ebenso wie mit abgeschabter Epidermis angestellten Transplantationen, vollständig missglückt. Schw. prüfte daher, ob eine Transplantation von Haaren, deren Wurzel mit ausgerissen war, eine Wirkung auf die Wundheilung äussert. Diese auf der v. Nussbaum'schen Klinik angestellten Versuche hatten meist ein auffallend günstiges Resultat. Das Verfahren bestand darin, dass von Menschen ausgerissene, mit Wurzel versehene Haare auf Granulationen einfach aufgelegt oder, was seltener geschah, in dieselben leicht eingesteckt wurden. Dann wurde der grösste Theil des herausragenden Schaftes abgeschnitten, die Transplantationsstelle mit protective silk bedeckt und darüber ein leichter Carbolverband angelegt. Die Transplantation geschah auf möglichst gute Granulationen von Verbrennungswunden, Fussgeschwüren, nach Abstossung gangränöser Hautfetzen u. s. w. In den meist günstigen Fällen war das Resultat, dass von einer aufgelegten Haarwurzel aus, wenn diese von der äusseren Wurzelscheide umgeben ist, auf Geschwüren Benarbungscentren ausgehen können, die fest und innig mit den darunter liegenden Granulationen verwachsen. Selten nach 24 Stunden, meist nach 3—5 Tagen zeigt sich über den Granulationen ein feines Häutchen, der Rand desselben verbreitert sich mehr und mehr, nie aber über Sechsergrösse. Die Vergrösserung geschieht nicht überall gleichmässig, so dass dabei Fortsätze und Zacken entstehen, die besonders in der Nähe der Randbehäutung sich bilden, wodurch eine rasche Vereinigung der gegenüberliegenden Ränder herbeigeführt wird. Bezüglich der Haare glaubt Schw., dass nach vollendeter Verwachsung der Haarscheiden, mit der unter- oder anliegenden Fläche die Haarschäfte ausfallen. Die Benarbung geschieht ausschliesslich nur von den Rändern her, also da, wo Epithel sitzt, das proliferiren kann. Die Angaben über Regeneration des Epithel aus Bindegewebs- und Wanderzellen, müssen dem gegenüber zurücktreten, wenigstens spricht für letztere nach Schw. auch nicht eine einzige Thatsache.

Eine zweite Versuchsreihe beschäftigt sich mit der Implantation frisch ausgerissener, mit Wurzel und Wurzelscheide versehener Haare in die vordere Augenkammer. Schon Dooremal hatte nach Implantation eines Haares in die vordere Augenkammer von Hund und Kaninchen gesehen, dass von der umgebenden, verdickten Iris aus eine Wucherung ausgehe, die aus ramificirten, reichlich vascularisirten Papillen bestand. Dann hatte Goldzieher bei Kaninchen gefunden, dass das implantirte Gewebe sehr bald mit der Iris verklebt und an seiner Stelle auch nach Wiederansammlung des Kammerwassers liegen bleibt, dort anheilen, schrumpfen oder weiter wachsen kann. Schw. durchstach mit einer feinen Nadel die Cornea meist central, führte dann ein von den Augenlidern oder der Schnauze ausgerissenes Haar

in die Stichöffnung ein und brachte es möglichst sorgfältig auf die vordere Irisfläche. Ein Occlusionsverband erwies sich als unnütz, wenn nur der Haarschaft nahe der Hornhaut abgeschnitten wurde. Meist blieben die Haare ohne alle Reaction auf der Iris liegen, selten traten starke Reizerscheinungen, wie Eiterung auf, niemals ging ein Auge an Panophthalmitis zu Grunde. In 12 Versuchen erwies sich die Operation in der Regel als ein durchaus geringer Eingriff. Ohne alle Reaction blieben die Haare sowohl auf der Hinterfläche der Hornhaut, als vorn auf der Iris Tage und Wochen lang liegen, die Hornhaut selbst zeigte meist nur in nächster Umgebung des Einstiches eine geringe Trübung, der Haarschaft blieb in ihr stets beweglich. Kommt dagegen das Haar mit seiner Wurzelscheide auf die Iris zu liegen, so bildet letztere um die Haarwurzel herum allmälig einen Ueberzug, der dann längs des Schaftes nach der Hornhaut zu fortzieht. Erreicht die Spitze dieses kegelförmigen Ueberzuges die Hornhaut, so kann sich dort eine vollständige vordere Synechie ausbilden. Unter dem Mikroskop sieht man dann, dass das pigmentreiche Gewebe der Iris oft ziemlich weit in die Hornhaut hinein sich erstreckt; allmälig greifen die Faserzüge von Hornhaut und Iris in einander und bilden ein zusammenhängendes faseriges Gewebe. Von den Zellen der Haarwurzelscheide aus entsteht nach ihrem ursprünglichen Typus eine selbständige Wucherung; von Seiten der die Haarwurzel umgebenden Zellen der äusseren Wurzelscheide tritt leicht Verwachsung ein; es verschmelzen die verästeten Zellen der Iris nicht nur eng mit den Zellen der Wurzelscheide, sondern schicken auch Fortsätze in sie hinein. Die vollkommen normal und gut erhaltenen Epithelien der Wurzelscheide nehmen nicht selten Pigment aus der umgebenden Iris in sich auf. — Eine Anzahl Zeichnungen erläutern die angedeuteten Verhältnisse.

J. Munk (Berlin).

C. Quist. Die neueren urkundlichen Nachrichten über das erste Auftreten der Syphilis im 15. Jahrhundert.

(Virchow's Archiv Bd. LXIV. p. 307.)

Prof. A. Corradi (Pavia) hat aus italienischen Quellen eine bedeutende Zahl bisher zum grossen Theil ungedruckter, sämmtlich aber von der geschichtlichen Forschung noch nicht benutzter Schriftstücke, die Syphilisepidemie vom Jahre 1490 betreffend, veröffentlicht; die wichtigsten derselben werden mitgetheilt. Mit grösserer Sicherheit lassen sich aus ihnen die schon oft gemachten Schlüsse ziehen, dass die Krankheit sich um den in Frage stehenden Zeitpunct als eine vollkommen neue pathologische Erscheinung geltend machte, dass man sich über ihren Ursprung anfangs keine Meinung zu bilden vermochte, dass man sehr bald des Zusammenhanges der am häufigsten an den Genitalien auftretenden primären Affection mit den consecutiven Symptomen inne ward, dass unter den letzteren die Hauteffloresc-

cenzen die erste und am meisten in die Augen fallende Stelle einnahmen, dass aber auch schon damals die Gaumen- und Rachenaffectionen sich hinreichend bemerklich machten; dass auch tiefe Zerstörungen an der Nase und anderen Theilen vorkamen, dass die Mercurialbehandlung, so früh sie auch aufgekommen sein mag, doch in der allerersten Zeit nicht geübt wurde, dass bereits in sehr früher Zeit die Meinung vom westindischen Ursprunge der Seuche sich zu bilden begann.

Q. kritisirt ferner einige Versuche Anderer, durch neue beigebrachte urkundliche Schriftstücke zu beweisen, dass die Syphilis bereits vor den Jahren 1494—1496 epidemisch in unserem Erdtheil vorgekommen sei. Er findet einen charakteristischen Unterschied zwischen der Zeit vor und nach der für die Syphilisgeschichte kritischen Epoche. Dort einige vereinzelte Fälle, aus welchen nicht ohne den grössten Zwang die constitutionelle Syphilis herausdemonstrirt werden kann, hier dagegen gehäufte Berichte über eine neue, sich mit ungemeiner Schnelligkeit über den ganzen Welttheil deutlich epidemisch verbreitende, aber sofort als Syphilis erkennbare Krankheit.

Madelung (Bonn).

M. Marckwald. Ueber Verdauung und Resorption im Dickdarme des Menschen (physiolog. Institut von Prof. Kühne).

(Virch. Archiv Bd. LXIV. p. 505.)

Verf. benutzte zu seinen Experimenten den merkwürdigen Patienten mit grossem Anus praeternaturalis an der Uebergangsstelle des Coecum in das Colon ascendens, an welchem Prof. Simon zuerst nachwies, dass grosse Flüssigkeitsmengen vom Anus aus in wenigen Minuten und ganz schmerzlos bis in das Colon und zur Ileocoecalklappe vordringen. Bei diesem Pat. war es möglich, den Blinddarm aus dem Scrotum, in welchem er gewöhnlich lag, durch die Fistelöffnung hervorzustülpen und Ileocoecalklappe und Eingang in den processus vermiformis aufzufinden. Die Experimente konnten also an einem in seiner ganzen Länge zugänglichen und vollkommen isolirten Dickdarm vorgenommen werden. Die Schleimhaut desselben zeigte keine Abnormitäten, die Temperatur war genügend hoch, die Peristaltik eine sehr rege. — Weder ausserhalb noch innerhalb des Organismus vermochte der Darmsaft Stärkekleister in Zucker umzuwandeln. Im Saft des menschlichen Dickdarms ist kein zuckerbildendes Ferment vorhanden. Weder Fibrin, noch coagulirtes Hühnereiweiss wird im menschlichen Dickdarm verdaut. Zwar ergaben die Faeces nach Fibrin- und Eiweisseinführung neben den unveränderten Eiweisskörpern die Bildung von Peptonen und Tyrosin. Der faule Geruch aber, die Anwesenheit der Vibrionen, das Auftreten von Indol wiesen auf Fäulnissprocesse hin, welche ebenfalls zur Entstehung dieser Stoffe führen und auch die über 50 % betragende Abnahme der in den Darm eingeführten Massen in der

Hauptsache erklären konnten. Noch sichereren Beweis lieferte die Berechnung aus dem Stickstoffumsatz, welche zeigte, dass bei Eiweisszufuhr in den Dickdarm kein vermehrter Eiweissumsatz stattfand. Bei Prüfung der Resorptionsfähigkeit des Dickdarms ergab sich, dass die Resorption eine ziemlich langsame ist und 250 Grm. H_2O mindestens 12 Stunden zur Resorption erforderten, dass Peptone in concentrirter Form und grösserer Quantität den Darm stark reizen und Diarrhöen erzeugen, daher nicht zur Resorption gelangen. Ueberlässt man die Bildung von Peptonen der Dickdarmfäulniss, so findet Resorption, wenngleich in sehr beschränktem Massstab, statt. Flüssiges Eiweiss als solches geht von der Dickdarmschleimhaut aus nicht in die Circulation über, weder mit noch ohne ClNa-Zusatz. Kochsalzzusatz bewirkt im Gegentheil nur locale und allgemeine Reizerscheinungen, Diarrhoen. — Der Einfluss des Dickdarmsaftes auf Fette wurde nicht studirt. — Auch diese Experimente bewahrheiten die von Kühne und Leube gefundenen Thatsachen. Lange wird man Kranke allein durch Fleisch-Pancreas-Klystiere allerdings nicht ernähren können. Die Resorption des Dickdarmes ist zu gering, die Grenze für die Einführung grösserer Massen zu schnell erreicht, die Consistenz der Klystiere hindert dieselben höher, als in den Mastdarm vordringen zu lassen. Bei vorübergehenden Krankheiten im oberen Theil des Verdauungstractus, sowie nach Operationen im Schlunde und Oesophagus werden die Klystiere dennoch eine lebensrettende Rolle spielen können.

Madelung (Bonn).

Moeli. Ueber den Ersatz der Salicylsäure als Antifebrile durch das salicylsaure Natron.

(Berliner klin. Wochenschrift 1875. No. 38.)

Verf. empfiehlt das als Antisepticum weniger stark als Salicylsäure wirkende salicylsaure Natron als Antifebrile. Dosen von 4—5 Grm. des gelösten Salzes, dessen übler Geschmack durch Extr. Liq. und Nachtrinken von Portwein corrigirt wurde, erwiesen sich als die Fiebertemperatur stark herabsetzend, besonders, wenn eine zweite Dose in Zeit von 4—16 Stunden folgte, wie Buss schon für die Wirkung der Salicylsäure erwiesen. Auch per Klysma und subcutan angewandt zeigte sich das Mittel wirksam. — Der Abfall erfolgte in der Hälfte der Fälle unter reichlichem Schweisse, Ohrensausen wurde öfter bemerkt, in einzelnen Fällen Erbrechen. Bei Gesunden schien keine Temperaturbeeinflussung aufzutreten. Subcutan bewirkt das Mittel grosse Schmerzen, wenn es nicht ganz neutral ist. Im Gegensatz zur hohen antifebrilen, aber schwachen antiseptischen Eigenschaft des Natronsalicylates hebt Verf. die, durch früher von ihm angestellte Versuche gefundene, geringe antifebrile Wirkung der stark antiseptischen Benzoësäure hervor.

v. Mosengeil (Bonn).

M. Shilkin. Bedingungen der Extravasation von Blutkörperchen durch unverletzte Gefässwände.

Inaug.-Diss. Petersburg 1875 (russisch).

Untersuchungen an Froschzungen. Diese wurden mechanisch ausgedehnt, ferner wurden verschiedene chemische Stoffe (ClNa, Kali-Salze, Chinin, Morphium, Codein, Atropin, Zucker u. s. f.) in die hinteren Lymphsäcke eingespritzt oder die Zungenvenen unterbunden. Jede Beobachtung dauerte 2—8 Stunden, wonach die Zunge mit Unterkiefer abgeschnitten und in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet wurde. Die Schlussfolgerungen sind:

Extravasation weisser und rother Blutkörperchen kommt durch erhöhten Seitendruck des Blutes zu Stande. Beide Arten von Körperchen extravasiren auf demselben Wege — durch das Endothel. Die rothen treten vereinzelt, oder in seltenen Fällen zu 2—3 zusammen durch. In engen Capillaren, welche nur ein rothes Blutkörperchen durchlassen, kommt keine Extravasation vor. Die Extravasation der rothen Körperchen wird durch Bildung von Fortsätzen begünstigt. Bei Unterbindung der Zungenvenen extravasiren nur rothe Blutkörperchen. Bei mechanischer Dehnung der Zunge oder Unterbindung der Venen ist die Extravasation der rothen Blutkörperchen viel stärker, als nach Injection von chemischen Substanzen. Einführung grosser Quantitäten ClNa etc. hat keinen directen Einfluss auf Verstärkung der Extravasation. Bei mechanischer Zerrung der Zunge hält Injection verschiedener chemischer Stoffe die Extravasation nicht auf. In gewissen Grenzen kommt auch bei normalen Verhältnissen eine Extravasation von Blutkörperchen vor. Weisse Blutkörperchen passiren die Gefässwand rascher, als rothe. **W. Grube** (Charkow).

Gosselin. Sur les faux abcès des os et l'ostéite à forme neuralgique qui les accompagne ou les simule.

(Bulletin de l'Académie de médecine de Paris 1875. No. 40.)

Anknüpfend an die von Brodie (1836) und später von Cruveilhier (1865) näher studirte seltene Form der Ostitis, mit Bildung tief liegender, circumscripter Abscesse in den Epiphysen der Röhrenknochen, wirft G. die Frage auf, ob der dieser Krankheit eigenthümliche Symptomencomplex, insbesondere die langdauernden und gewöhnlich sehr heftigen Schmerzen, bei nachweisbarer Hypertrophie und Verdichtung des Knochens, immer die Gegenwart von solchen tief liegenden Abscessen involvire oder auch als reine Neuralgie bestehen könne. Diese Frage hat insofern eine gewisse praktische Bedeutung, als daran wieder die weitere Frage sich anknüpft, ob in solchen Fällen jedesmal der operative Eingriff indicirt sei oder nicht. G. führt nun 6 eigene Beobachtungen an, in denen 5 Mal wegen genannten Leidens die Eröffnung des hyperostotischen Kno-

chens mittelst Trepan ausgeführt und 1 Mal sogar auf Wunsch des Pat. amputirt worden war. Eiter fand sich in keinem jener 5 Fälle; 4 Mal wurden kleine abnorme Hohlräume constatirt, welche in 1 Falle mit einer hellen serösen Flüssigkeit ausgefüllt schienen, in einem andern mit einer Schicht consistenter puriformer Masse, ähnlich eingetrocknetem Eiter, ausgekleidet waren. In dem 6. Falle ergab die ection des amputirten Knochens — die hier eine Untersuchung mit aller Genauigkeit gestattete — inmitten der stark hyperostotischen Epiphyse eine ganz kleine Quantität Eiter, welche »bei der Operation sehr wohl hätte entgehen können«.

Weiterhin werden 17 Fälle aus der Litteratur angezogen von Brodie, Nélaton, Richet, J. L. Petit u. A. Hierunter waren nicht weniger denn 12 wahre Abscesse, einer war zweifelhaft, und in den 4 übrigen Fällen wurde anstatt Eiter eine »sero-purulente Flüssigkeit« oder nur einfaches »Serum« oder auch »schwammige Massen«, und endlich im 4. Falle keinerlei Cavität vorgefunden. In einem 18. Falle — gleichfalls eine Amputation — war der Hohlraum in der unteren Tibia-Epiphyse ausgekleidet mit einer pyogenen Membran, sonst leer.

Aus diesen Beobachtungen schliesst G., dass die schleichend verlaufende »ostéite condensente« der Röhrenknochen Jahre lang von den reissendsten Schmerzen (»ostéite à forme neuralgique«) begleitet sein könne, ohne dass dieses Symptom nothwendig auf die Gegenwart interstitieller Abscesse hindeute. Häufig (in 9 resp. 10 von jenen 24 Fällen) finde man entweder gar keinen Hohlraum, oder eine mit Serum resp. puriformer Masse erfüllte oder auch vollkommen leere Höhle. Und dieses ist es, was G. »falsche Abscesse« der Röhrenknochen nennt.

Bezüglich der zweiten Frage bemerkt G., dass die Eröffnung (Trepanation oder Meisselung) an sich wenig gefährlich sei und in allen Fällen Besserung, ja nach Verlauf von Monaten und Jahren meist sogar Heilung bewirke. **Arn. Hiller** (Berlin).

Nitsche. Behandlung von Verbrennungen.

(Vortrag auf der Naturforscherversammlung in Graz. 1875.)

(Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Nieder-Oesterreich 1875. Bd. I. No. 13.)

Seit 10 Jahren als Arzt an einem der grössten Eisenwerke in Oesterreich wirkend, hatte Verf. vielfach Gelegenheit gehabt, Verbrennungen der verschiedensten Art zu behandeln. — Während er das continuirliche Wasserbad wegen seiner Zersetzung und Eiterung befördernden Wirkung verwirft, gab ihm die Beobachtung, dass Brandwunden unter einem Anstrich von Leinölfirniss wie unter einem Schorf heilen können, die Gelegenheit, eine neue Behandlungsmethode von Verbrennungen zu erproben. Der gewöhnliche Leinölfirniss, wie ihn die Tischler gebrauchen, wird bereitet, indem man Bleiglätte (Plumb. oxyd.) im Verhältniss von 1 : 25 mit Leinöl kocht, bis zur

völligen Lösung des Bleioxyds. Dieses gleichsam verflüssigte Bleipflaster soll nun bei Feuerarbeitern vielfach als Volksheilmittel gegen Verbrennungen in Anwendung sein. Verf. bestrich Brandwunden mit einer dünnen, rasch trocknenden Schicht Leinölfirniss und legte eine Wattelage darüber. — An einzelnen Stellen trat dennoch eine stärkere Secretion auf, welche den Firnissschorf sammt der Watte abhob. N. schnitt deshalb an genannten Stellen Fenster in die Watte und bestrich die secernirenden Partieen öfters mit einer schwachen Lapislösung. So gelang es ihm, dass der neu aufgetragene Firniss schliesslich haftete und die Heilung ohne Granulationsbildung und Entstehung hässlicher Narben erfolgte. —

Späterhin fügte N. Carbolsäure zum Firniss im Verhältniss von 1 : 20 und benutzte carbolisirte Watte als Deckmittel. Die Erfolge waren sehr günstig, ohne dass das Auftreten einzelner stärker secernirender Stellen sich hätte ganz vermeiden lassen. Verf. suchte die Ursache in der reizenden Wirkung der Carbolsäure und wandte seine Aufmerksamkeit der Salicylsäure zu. — Er verfährt nunmehr folgendermassen: die Brandfläche wird nicht mit Wasser abgewaschen, sondern man entfernt nur etwaigen Schmutz und ganz gelöste Epidermisfetzen mittelst Pincette oder durch Abtupfen mit einem Wattebausch. Hierauf wird die Wunde dick und wiederholt mit Leinölfirniss bestrichen, in welchem Salicylsäure im Verhältniss von 1 : 10 gelöst worden ist. Noch bestehende Blasen werden nicht eröffnet. Zur Bedeckung dient Carbolwatte, die besonders da, wo Blasen vorhanden sind, in dicker Schicht aufgelegt wird. Der ganze Verband wird durch circuläre Binden festgehalten. —

Die Salicylsäure löst sich in dem Firniss im genannten Verhältniss von 1 : 10 in der Wärme ganz leicht und bleibt auch gelöst. — Als Beispiele werden zwei hochgradige Verbrennungen in ihrem Verlauf beschrieben.

1. Fall. Ein Junge fiel in einen Trog mit siedendem Wasser. Verbrühung der Kreuzbeingegend, des Gesässes, eines Theiles der Oberschenkel und der unteren Bauchgegend. Heilung ohne alle Eiterung in 14 Tagen ohne nur einen Theil des Verbandes erneuern zu müssen. Der 2. Fall betrifft einen Mann mit Verbrühung beider unteren Extremitäten in ihrer Totalität durch Dampf. Nach 12tägiger Behandlung waren sämmtliche Brandflächen mit neu gebildeter Epidermis bedeckt.

Lesser (Berlin).

---

v. Platen. Ueber den Einfluss des Auges auf den thierischen Stoffwechsel.

(Arch. f. d. ges. Physiologie Bd. XI. p. 272—290.)

Moleschott hatte zuerst gefunden, dass Frösche für gleiche Einheiten des Körpergewichtes und der Zeit $1/12$—$1/4$ mehr Kohlensäure im Licht ausscheiden, als im Dunkeln und dass um so mehr Kohlensäure ausgehaucht wird, je grösser die Lichtstärke ist. Pflue-

ger weist nun in einer kritischen Beleuchtung, die der Arbeit P.'s vorangeht, nach, dass die Versuchsergebnisse Moleschott's nicht hinreichend begründet sind, um die von letzterem daraus gezogenen Schlüsse zu rechtfertigen. Die deshalb unter seiner Leitung von P. angestellten Untersuchungen beschäftigen sich zunächst mit der Betrachtung des Einflusses von hell und dunkel auf den Stoffwechsel der Kaninchen, die durch Bedecken der Augen bald mit weissen und bald mit schwarzen Gläsern unter die erforderlichen Bedingungen versetzt wurden. Die Thiere wurden tracheotomirt, die Trachealkanüle mit einem Respirationsapparat in Verbindung gesetzt und innerhalb der Versuchszeit Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureausscheidung bestimmt. Aus der Gesammtzahl der Versuche geht hervor, dass, wenn nur die Thiere unter möglichst gleiche innere und äussere Bedingungen versetzt werden, unter dem Einfluss des Lichtes eine erhebliche Steigerung der CO_2-Ausscheidung und O-Aufnahme, also des Gas- und Stoffwechsels stattfindet, und zwar um etwa $^1/_7$—$^1/_6$ der normalen Durchschnittsgrösse.

J. Munk (Berlin).

Senftleben. Ueber die Ursachen und das Wesen der nach der Durchschneidung des Trigeminus auftretenden Hornhautaffection.

(Virch. Archiv. Bd. LXV. p. 69.)

Die Frage nach der Entstehungsursache der Hornhautaffection, welche nach Trigeminusdurchschneidung auftritt, ist Gegenstand zahlreicher Untersuchungen gewesen. Ein kurzes Referat stellt die Resultate derselben übersichtlich zusammen. Sodann theilt S. die Befunde mit, zu denen ihn die Wiederholung jener Versuche und besonders die bisher noch nicht angewendete mikroskopische Untersuchung führte. Die nach der Trigeminusdurchschneidung auftretende Hornhautaffection ist nach S. unabhängig von dem Einfluss gewisser im Trigeminus verlaufender Nervenfasern, sowohl vasomotorischer (Schiff) als auch trophischer (Meissner, Büttner). Die Widerstandsfähigkeit des Hornhautgewebes nach Trigeminusdurchschneidung fand S. nicht vermindert; es war keine erhöhte Vulnerabilität vorhanden und der Heilungsprocess angelegter Wunden verlief in regelmässiger Weise.

Die nach der Trigeminusdurchschneidung auftretende primäre Hornhautaffection ist eine Nekrose, bedingt durch wiederholte grobe Traumen, welche das Auge in Folge seiner Anästhesie treffen. Die durch fast vollständige Aufhebung des Lidschlages bedingte Verdunstung auf der Oberfläche der Cornea hat nichts mit dem Zustandekommen der Entzündung zu thun. Die circumscripte Nekrose der Hornhaut wirkt als Entzündungsreiz und ruft eine secundäre, von der Peripherie her vorschreitende Entzündung der Hornhaut hervor. Die gleichzeitige Exstirpation des oberen Sympathicus-Ganglion ist

von keinerlei Einfluss auf das Zustandekommen und den Verlauf der nach der Trigeminusdurchschneidung auftretenden Hornhautaffection, wie jüngst noch Sinitzin behauptete. **Madelung** (Bonn).

P. H. Watson. Exstirpation der Schilddrüse.

(British med. Journal 1875. Vol. II. p. 386.)

Während die Ausschälung der Schilddrüse bei den Chirurgen der hohen Mortalität wegen in Misscredit steht, sucht W. auf eigene Erfahrungen gestützt, sie wieder in Aufnahme zu bringen. Die hohe Gefahr der Blutung sucht er dadurch zu vermeiden, dass er nach Blosslegung der Geschwulst durch einen langen Hautschnitt in der Mittellinie vor Eröffnung der die Geschwulst überkleidenden Fascie, die in letzterer eingeschlossenen Schilddrüsengefässe tastend aufsucht und dann nahe der Mittellinie jederseits mit Hülfe einer Aneurysmennadel unterbindet. Nachdem so die Thyr. sup. und inf. jederseits geschlossen, wird die umkleidende Fascie an der Vorderseite gespalten und jetzt die Geschwulst mit den Fingern unter Zuhülfenahme stumpfspitziger gebogener Scheeren ausgelöst. In dieser Weise hat W. seit 1871 5 Mal die Thyreoïdea mit geringer Blutung glücklich entfernt; in einem anderen Falle hatte er das Unglück, eine in der Furche zwischen Trachea und Oesophagus laufende starke Vene anzuschneiden; beim nach Aussenziehen der Trachea wurde auch diese verletzt und nun erfolgte schnell der Tod. W. betont, dass während zur Nahrungsentziehung für Schilddrüsengeschwülste die Ligatur der Thyreoidealgefässe mehrfach angerathen und auch ausgeführt worden ist, dieselbe als regelmässiger Vorakt vor der Exstirpation bisher nicht als Methode angegeben ist. **Pilz** (Stettin).

K. v. Braun-Fernwald. Ueber Flexionen des Uterus.

(Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 27, 28, 30.)

Nach Erwähnung der angeborenen Lageanomalieen des Uterus (seitlich, von einer foetalen Verdrängung des Uterus durch den Mastdarm herrührend) geht B. zu den erworbenen über, Anteflexio, Retroflexio und Anteversio, Retroversio, Lateroversio dextra et sinistra. Bei Retroflexio ist der Uterus öfter grösser, als bei Anteflexion. Die Flexionen sitzen constant an der Vereinigung des Cervix mit dem Corpus. Lateroflexionen für sich bestehend, oder mit Anteflexion (Torsion) combinirt. Anteflexion bei Jungfrauen physiologisch. Flexionen und Versionen meist in Combinationen und Uebergangsformen vorkommend. Das submucöse starre Bindegewebe des normalen Uterus bedingt dessen Geradestellung. Wucherung der Schleimhaut, Ausbildung zahlreicher Ovula Nabothi bedingt Abnahme der Starrheit; bei Flexionen Schwund der Muscularschicht am oberen Muttermunde. Ursache der Ante- und Retroflexionen liegt also meist im

Uterus selbst. Geschwülste, Adhäsionen und mangelhafte puerperale Involution können auch Flexionen hervorrufen. Bei Anteflexionen rückt der Cervix meist höher, bei Retroflexionen tiefer. — Der Contact der Schleimhäute kann Verengung, selbst Verwachsung an der Knickungsstelle bedingen. Durch den Druck des gebeugten Uterus wird Stauung im venösen System, secundär Katarrh erzeugt, unter Umständen Hydronephrose, wenn der retroflectirte Uterus auf die Harnleiter presst (folgt Beispiel). — Bei Verwachsung des oberen Muttermundes kann Hydrometra in den klimacterischen Jahren entstehen. —

Die subjectiven Beschwerden bei Flexionen bestehen in Schmerzen im Kreuz, Dysmenorrhoe, Sterilität, Beschwerden beim Uriniren und Defaeciren, Unvermögen zu gehen und krankhaften Mitempfindungen. Die Kreuzschmerzen entstehen durch Zerrung des Retractor uteri bei Ante-, der Ligg. Vesico-uterina bei Retroflexion. Als krankhafte Mitempfindung am häufigsten Neuralgie des N. occipitalis magnus oder des I. und II. Trigeminusastes (Migräne). Betreffs der Prognose ist zu bemerken, dass dauernde Heilung der Flexionen nach einer Schwangerschaft in der Regel, ohne diese ausnahmsweise erfolgt. Therapeutisch scheint Verf. im Allgemeinen den Hodge'schen extrauterinen Pessarien von Hartgummi den Vorzug vor anderen zu geben. Die intrauterine mechanische Behandlung weist er von der Hand. Erweiterung des Cervix wird mit Reserve empfohlen, die Excision einer Schleimhautfalte in vorderer oder hinterer Vaginalwand und Einheilen der Muttermundslippe daselbst, je nachdem Ante- oder Retroflexion bestanden, wird erwähnt, ebenso die von Sims angegebene und wieder verlassene künstliche Befruchtung.

v. Mosengeil (Bonn).

N. Andrejew. Zur Aetiologie der fibrösen Gebärmuttergeschwülste.

(Militärmed. Journal. 1875. Februar, russisch.)

Verf. glaubt, gestützt auf 16 von ihm beobachtete Fälle von Fibroma uteri, ein directes aetiologisches Verhältniss zwischen fibrösen Geschwülsten und Metritis chronica interstitialis aufstellen zu können. Er führt 4 Krankengeschichten an, aus denen ersichtlich ist, dass sich die ersten Symptome einer Gebärmuttergeschwulst nach vorhergegangenen acuten Processen in der Sexualsphäre entwickelten. In 2 Fällen hat A. selbst das Entstehen von Geschwülsten nach Metritis acuta beobachtet. Er erklärt die Entstehung von Fibromen durch circumscripte chronische Metritis, eine örtliche vermehrte Production von Bindegewebe, welche je nach der Stelle, an der sie stattfindet und der eingeschlagenen Richtung die Form von Fibroma uteri subperitoneale, submucosum etc. annimmt.

Verf. weist auf einen analogen Process im Herzen hin, wo sich nach Myocarditis interstitialis das sogen. Aneurysma cordis partiale

chronicum (Breschet), grosse Geschwülste, welche entweder in das Herz hineinragen, oder auf seiner Aussenfläche zum Vorschein kommen, entwickeln (Oppolzer).

W. Grube (Charkow).

J. Charles. Behandlung des offen gebliebenen Urachus.

(British med. Journal 1875. Vol. II. p. 486. — British med. Associat.)

Während sich in der Regel einige Zeit vor der Geburt der Urachus schliesst, tritt häufig eine vollständige Obliteration des Urachuscanals nicht ein und es finden sich verschiedenartig gestaltete Canalreste vor. Cruveilhier fand einen offenen Urachus nur bei Verschluss der Harnröhre; Ch. macht darauf aufmerksam, dass derselbe sich ebenfalls dann finden könne, wenn ein Hinderniss für den Abfluss des Urins bestehe, als Concretionen, enge Phimose etc. In den Fällen mit offenem Urachus hat man fast regelmässig durch Cauterien oder plastische Operationen Verheilung versucht, aber erfolglos. Die von Redfern vorgeschlagene Circumcision der Vorhaut erschien Ch. rationell und wirklich lieferte sie in seinem Falle, der einen 1jähr. Knaben betraf, und bei dem feste Anlöthung des inneren Präputialblattes mit der Glans bestand, volle Heilung. Deshalb räth Ch., erst diesen Weg zu versuchen und nur, wenn er nicht zum Ziele führe, an den Verschluss der Urachusöffnung selbst zu denken.

Pilz (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

N. Stroganow. Ueber eine Complication von Elephantiasis Arabum mit Krebs und über die Entwickelungsweise des letzteren.

(Virch. Archiv Bd. LXV. p. 47.)

Bei Untersuchung eines Präparates von Elephantiasis tuberovillosa fand S. an vielen Stellen das bei Elephantiasis gewöhnlich beobachtete Bindegewebe von reichlichen, aus Strängen wahren Epithels bestehenden Netzen durchzogen. Das Epithel war theils in den perivasculären Räumen, den Saftcanälchen und den Bindegewebsspalten enthalten, theils fanden sich Epithelheerde im Bindegewebe. Verf. glaubt in dem beschriebenen Falle das Anfangsstadium eines Krebses auf dem Boden der Elephantiasis zu erkennen und hält das Epithel in diesem Fall für in den Lymphbahnen selbst gebildet und zwar primär aus dem Endothel. Vielleicht übte die der Elephantiasis eigenthümliche Aufquellung des Endothels der Lymphbahnen, namentlich nachdem eine unmittelbare Berührung mit dem physiologischen Epithel des rete Malpighi eingetreten war, auf eine solche krebsige Entartung der Endothelzellen einen befördernden Einfluss aus. — Die Arbeit stammt aus dem pathologischen Institut zu Strassburg.

Madelung (Bonn).

Bailey. Wachsthum-Hemmung.

(Boston med. and surg. Journal 1875. Vol. II. p. 244.)

Eine jetzt 18jährige Negerin bekam im 12. Lebensjahre am linken Ellenbogen einen Ausschlag, der sich auf- und abwärts verbreitete, später auch auf die Schultergegend überging; derselbe trat zu verschiedenen Zeiten auf, bestand jetzt am Arme und schien Eczem-artig zu sein. Angeblich (?) seit dieser Zeit sollen die linksseitigen Extremitäten im Wachsthum zurückgeblieben sein, der Arm um 3" das Bein um 2—3" Länge und ersterer um 1" in der Dicke. Auffallend war die Kleinheit der Hand und des Fusses; ebenso war die linke Thoraxseite etwas zu-

rückgeblieben. Der Allgemeinzustand ist nicht befriedigend; es besteht Dysmenorrhoe neben schwacher Menstruation, starke Palpitation neben Hypertrophie des linken Ventrikels ohne Klappenentartung. **Pilz** (Stettin).

Regnault. Oblitération des deux oreilles par du plâtre à moules.

(Revue de Thérap. méd.-chir. 1875. No. 20.)

Bei dem Versuch, von den Ohren einer schwerhörigen alten Dame, behufs Anfertigung von Hörrohren, einen Gypsabdruck zu nehmen, hatte der Former unterlassen, wie die Ohrmuschel so auch den Gehörgang zuvor einzuölen. In Folge dessen liess sich der Gyps nach dem Erhärten zwar von der Muschel, aber nicht aus dem äusseren Gehörgang wieder abheben. R. fand alsbald die Unmöglichkeit, diesen mit den Haaren innig verschmolzenen und bis an die Membr. tympani reichenden »Fremdkörper« mechanisch zu entfernen. Ein Chemiker rieth als Lösungsmittel citronensaures Ammoniak in concentrirter, neutraler Lösung zu benutzen. Dieses half und es gelang in $^1/_2$—1stündigen Pausen den erweichten Gyps binnen 24 Stunden ohne Beschädigung der anliegenden Weichgebilde abzubröckeln. —

An dem anderen Ohre hatte sich auch Süssmandelöl, auf den Rath eines Mechanikers angewandt, wirksam erwiesen. **Arn. Hiller** (Berlin).

W. Mac Ewen. Beobachtungen von Schädelverletzungen und Gehirnkrankheiten.

(Edinb. med. Journal 1875. Aug. p. 121 u. ff.)

Die letzteren betreffen einen Fall von Meningitis, welche anscheinend nach leichtem Stoss eintrat, und 2 Kranke, die nach leichter Verletzung plötzlich zusammenbrachen und starben, und bei denen die Section Gehirnerkrankungen als Ursache des Todes nachwies. Von den Schädelverletzungen mögen die 3 interessanteren kurz wiedergegeben werden.

1) Bruch der Orbitalplatte des Stirnbeins durch Faustschlag.

Der 22jährige kräftige Mann hatte im Streite einen Schlag mit der unbewaffneten Faust gegen das rechte Auge bekommen; derselbe stolperte, war einen Augenblick verwirrt, dann aber ganz wohl; er ging nach Hause, unterhielt sich mit seiner Familie und schlief die Nacht gut; am folgenden Morgen Klage über Kopfschmerzen, die in der nächsten Nacht sich noch verstärkten. Am folgenden Tage erschien die Umgebung der rechten Augenhöhle geschwollen, verfärbt, der rechte Bulbus etwas prominent; die Conjunctiva injicirt, die Pupille dilatirt; das Sehvermögen erloschen; Arm und Bein rechts schwer beweglich; die Körpertemperatur erhöht, Puls frequent; einige Stunden nachher erfolgte ein Krampfanfall und Tod. Section: Fractur der Orbitalplatte des rechten Stirnbeins, das Fragment war in das Gehirn hineingedrückt; reichlicher Bluterguss in die vordere Schädelgrube; die Gefässe des rechten Stirnlappens blutreich, hier und dort Austritt von Lymphe.

2) Bruch der Orbitalplatte des Stirnbeins durch Fall.

Ein 40jähriger Mann glitt aus, fiel und acquirirte eine neben dem rechten Augenbrauen gelegene Wunde, in der keine Fractur nachgewiesen werden konnte; es bestanden anscheinend gar keine Beschwerden, keine Gehirnerscheinungen; auffallend war der starre Blick und die Gedankenlosigkeit; 8 Stunden später erfolgte unter Convulsionen plötzlich der Tod. Es fand sich ein Schrägbruch der Orbitalplatte, ein reichlicher Bluterguss an beiden Seiten des Bruchstücks; weitere Verletzungen konnten nicht aufgefunden werden.

3) Bruch der Siebplatte des Riechbeins.

Nach Fall von einer Höhe von 12′ auf's Gesicht war der 32jährige Mann bewusstlos; an der flach gedrückten Nase bestand Comminutiv-Fractur der Nasenbeine. 1 Stunde später traten Convulsionen und mit ihr starke Blutung aus beiden Nasenöffnungen ein; der Zustand besserte sich; die dilatirten Pupillen reagirten, Pat. wurde besinnlicher; am 8. Tage ging der Puls höher, es erschienen Zuckungen im Gesicht; Fieber, allgemeine Krämpfe, Bewusstlosigkeit, Tod am 14. Tage. Section: Gehirnhäute in der vorderen und mittleren Schädelgrube entzündet, stel-

lenweis mit Eiter bedeckt; zu beiden Seiten der Falx cerebri Ansammlung von Eiter und Blut, nach deren Wegnahme die abgebrochene Crista galli und die fracturirte Siebbeinplatte erschienen; gebrochen waren ferner oss. nasi, proc. nasal. os. maxill. sup., oss. turbin. **Pilz** (Stettin).

E. Gayraud. Fractures de la colonne vertébrale et gangrène du membre inférieur gauche par embolie de l'artère fémorale.

(Montpellier médical 1875. XXXV. No. 3. Septembre.)

Ein Südamerikaner (Eingeborener) erlitt durch directe Gewalt (Sturz auf den Rücken) eine Fractur des Körpers des zweiten Lendenwirbels. Das Rückenmark war nicht verletzt, da keine Lähmungserscheinungen von Seiten der Extremitäten oder der Blase und des Mastdarms auftraten. Mehrere Wochen später entstand bei demselben Patienten acuter Brand der rechten unteren Extremität, verursacht durch Embolie der Femoralarterie, dem Pat. erlag. Bei der Autopsie fand sich zunächst ein mächtiger Embolus in der Iliaca externa, der nahe bis zum Abgang der art. profunda femoris reichte, und der wohl zweifellos aus dem Herzen stammte. Es fanden sich nämlich im linken Herzen eine Reihe kleiner wandständiger Vegetationen und ein ähnliches Fibringerinnsel von Mandelgrösse streckte einen Fortsatz durch die valvulae semilunares in die Art. coronaria cordis sin., durch deren vollständige Obturation der Verf. die vorgefundene fettige Degeneration der linken Herzhälfte erklärt. Ausserdem fand sich eine quere Fractur des zweiten Lendenwirbelkörpers mit ziemlich bedeutender Quetschung des oberen Fragments; die betreffenden Wirbel bildeten einen nach vorne offenen, beinahe rechten Winkel. In Betreff der Entstehung der Wirbelfracturen nimmt Verf. im Gegensatz zu Malgaigne directe Gewalt als häufigere Ursache an, das Fehlen paralytischer Erscheinungen spräche durchaus nicht immer gegen Fractur des Wirbelkörpers. G. führt für seine Ansicht einige von ihm beobachtete Fälle und Befunde bei Autopsieen an.

Sonnenburg (Strassburg i./E).

Parks. Larynx of a man strangled with a piece of meat.

(Philadelphia med. Times 1875. No. 199.)

Ein 50jähriger Mann bekommt beim Diner plötzlich Erstickungsanfälle und stirbt in wenigen Minuten.

Bei der Section findet man einen grossen zwischen 120—160 Grm. wiegenden Fleischbissen fest in der oberen Larynxapertur eingekeilt.

Wilh. Koch (Berlin).

Fochier. Polipos multiplos del recto.

(Anal. de la Soc. anatom. española 1875. No. 21.)

Ein im Hospital de la Cruz-Roja beobachteter Fall von sehr massig entwickelten sogen. inneren Hämorrhoidalgeschwülsten bei einem 18jährigen Mädchen seit 6 Jahren beobachtet. Wegen hochgradiger Schmerzen und grosser und häufiger Blutverluste wandte F. zur Entfernung der Geschwülste die Ligatur an. Heilung in 3 Wochen. Ein Jahr später noch kein Recidiv. Die Geschwülste zeigten eine Wucherung der Drüsen der Mastdarmschleimhaut.

Ullersperger (München).

M. M. Trélat. Dechirure complète du perinée. Perineorraphie pratiquèe avec succès.

(Annales de Gynécologie 1875. Mars.)

Tr. operirte einen completen Dammriss bei einer 30jährigen Frau nach der hinlänglich bekannten Methode der Anfrischung eines dreieckigen Lappens mit der Spitze nach der Vagina, mit der Basis parallel den grossen Schamlippen. Scheidennähte mit Metalldraht, entspannende und vereinigende Dammnähte; Rectumnähte wurden dadurch unnöthig, dass die tiefen Dammnähte die Canalöffnung stark hervorspringen liessen. In Folge dessen vereinten die untersten Dammnähte das neue Dach des Rectum.

Der Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass Tr. vor der Operation eine vollständige Obstipation zur Schonung des Afters herbeigeführt hatte. Nach der

Operation machte diese der Kranken solche Beschwerden, dass Abführmittel nöthig wurden, welche die Verheilung vereitelten. — Nach einer späteren Nachoperation erfolgte vollständige Heilung mit Continenz der Faeces.

Dieser Fall spricht für die von Simon und Hirschberg seit längerer Zeit nach der Operation anempfohlene leichte Stuhlentleerung durch milde Abführmittel und Enthaltung aller Narcotica. **Leopold** (Leipzig).

Grünfeld. Befund und Behandlung von Harnröhrenstricturen mit Hülfe des Endoscops.

(Wiener med. Wochenschrift 1875. No. 39.)

Bei Untersuchung der Harnröhre 1—2 Ctm. vor der Strictur mittelst des geraden Endoskopes mit Conductor sieht man die Schleimhaut als Trichter, dessen Centrum eine dunkel schattirte, horizontale kleine Figur darstellt, von welcher radiär Falten und Wülste ausgehen. Die Peripherie des Trichters ist in Folge des Druckes vom Tubus heller und glänzender. Ist der Tubus so weit vorgeschoben, als es überhaupt möglich ist, so schliesst die Schleimhaut als verticale Wand das hintere Ende ab, ist glatt gespannt, und der centrale Fleck des Trichters fehlt, wie auch der periphere helle Glanz. DieFarbe der Schleimhaut ist blassröthlich bis weiss; die Strictur erscheint als glänzend weisser kleiner Kreis mit dunklem Punct. Natürlich kann man die Strictur im Sehfeld centrirt oder excentrisch betrachten. — Um die Strictur zu entriren unter endoskopischer Beobachtung, muss man gerade Bougies anwenden, die centrisch eingeführt werden; gebogene werden, wenn die Biegung nur nach einer Seite geht, nicht als kleiner, dem Durchmesser entsprechender Kreis, sondern, als schmales Feld, bei Biegung in mehrfacher Richtung eventuell fast das ganze Gesichtsfeld beeinträchtigen. Am besten entrirt man mit metallenen Sonden. —

Schliesslich empfiehlt Verf. die Urethrotomia interna mit Hülfe des Endoskops als leicht auszuführende Operation. **v. Mosengeil** (Bonn).

J. Bouteiller. Phimosis scrotal.

(Le Mouvement méd. 1875. No. 39.)

In der l'Union méd. de la Seine-Inférieure 1875. No. 40 beschreibt B. folgende Anomalie bei einem neugeborenen Kinde, welches an Harnverhaltung litt und bei welchem die Hebamme das Geschlecht nicht zu bestimmen vermochte. Es war ein normales Scrotum vorhanden, dagegen fehlte anscheinend der Penis; es fand sich an dessen Stelle nur eine Stecknadelkopf grosse Oeffnung, hinter welcher unter der Haut ein kleiner kugeliger Körper zu palpiren war. B. erweiterte die Oeffnung durch einen kleinen T-Schnitt und konnte nun durch Druck eine Art rudimentären Penis hervortreten lassen. Am 3. Lebenstage urinirte das Kind spontan, wobei der Penis von selbst zwischen den Wundlefzen hervortrat und wobei das Kind sich stetig die Unterbauchgegend benetzte. B. fand nun an der dorsalen Penisfläche eine Rinne, welche an der Stelle aufzuhören schien, wo sich die eingestülpte Scrotalhaut an die corona glandis inserirte. — Zwei und einen halben Monat später zeigte sich der Penis merklich gewachsen und war nun stetig in der erweiterten Oeffnung sichtbar. Es bestand keine Incontinenz des Urins, nur benetzte sich das Kind beim Harnlassen sowohl Scrotum wie Abdomen. Das Kind starb später an einer cholera infant. im Alter von 8 Monaten und 3 Tagen. — Die Section bestätigte den Befund der Untersuchung insofern, als in der That nur die Glans frei in der Scrotalöffnung prominirte, der Penis aber im Scrotum total eingehüllt blieb, da seine umgeschlagene Falte gerade an die corona glandis angeheftet war. Die Blase erschien normal, die Urethra war nur im Bereiche der Glans gespalten, bildete sonst einen völlig geschlossenen Canal und lag mit ihrem corpus cavernosum in einer Rinne, welche von den corpora cavernosa penis gebildet wurde, aber an deren oberen (dorsalen) Fläche, statt wie normal an der unteren. Die Länge des so herauspräparirten Penis betrug gegen Erwarten doch 5 Ctm. von der Blase bis zur

Eichel. — Aus der Litteratur citirt B. nach dem Dictionnaire des Sciences méd. (Paris, 1815) ähnliche Fälle von Breschet, J. Saltzmann, Ruysch, Morgagni, Richerand, Chopart. Grössere Analogieen bietet nach Verf. der von Gaultier de Clauby beschriebene Fall, ebenso die Befunde von Depaul (Société anatom. de Paris 1842. p. 213) und die von Guyot (Ibid. 1854. p. 133). Die von Daubeuf dem Verf. vorgeschlagene Bezeichnung seines Falles als einer epispadia peno-scrotalis,' analog der öfter beobachteten hypospadia peno-scrotalis, hält B. nicht für zutreffend. Gewiss aber entspricht der von ihm selbst gewählte Name einer Phimosis scrotalis noch weniger der hier beschriebenen Bildungshemmung des membrum virile. **Lesser** (Berlin).

Ch. O'Leary. Nabelbruch, Ruptur.

(Boston. med. and surg. Journal 1875. Vol. II. p. 182.)

Eine 54jährige Frau bemerkte vor 6 Jahren eine kleine, allmälig zunehmende Schwellung am Nabel; der mehrfach gegebene Rath, ein Bruchband zu tragen, wurde nicht befolgt; schliesslich lag ein grosser Theil des Darmes ausserhalb der Bauchhöhle, die Geschwulst reichte bis zur Mitte des Oberschenkels, dabei hatte Pat. keine besonderen Störungen von Seiten des Verdauungsapparates; nach Fall von der Treppe erfolgte Ruptur des Bruchsackes; derselbe mass jetzt 18″ an seiner Basis und hatte 8″ in der Höhe, der Riss selbst 2—3″: der in Narkose gemachte Versuch, die Eingeweide in die Bauchhöhle zurückzubringen und zurückzuhalten, misslang; Naht der Wunde; Kälte. Peritonitis. Tod. Section nicht gestattet.

Pilz (Stettin).

Ashhurst. Rupture of external iliac artery.

(Philadelphia med. Times 1875. No. 199.)

Ein 39jähriger Ingenieur fällt von einem Eisenbahnwagen, trifft auf ein Rad und wird, anscheinend ohne weitere Folgen, heftig an der linken Lendengegend getroffen. 9 Tage später nach voraufgegangener Steifigkeit und Schmerzen in der Gesässgegend, ein Ohnmachtsanfall, ohne dass in der linken Leisten- und Unterbauchgegend etwas Abnormes zu bemerken war. Den folgenden Tag ausgesprochene Collapserscheinungen. Die linke Art. femoralis pulsirt schwach, Pulsation und unbestimmtes Geräusch der epigastrischen Gegend. Geringe Schwellung in der linken Flanke wie bei beginnendem Psoasabscess. Am nächsten Tage ausgesprochener länglicher Tumor links. Kein Eingriff. Tod. Section: Vom Becken zum Zwerchfell extraperitoneal ein massiges Extravasat. Die linke Arteria iliaca $^1/_2$ Zoll unterhalb der Bifurcation gerissen; die stark auseinander gewichenen Rissenden durch einen Theil der Adventitia in Verbindung. Gerinnsel am peripheren Ende, das centrale offen. **Wilh. Koch** (Berlin).

Tapret und **Chenet.** Abreissung der unteren Epiphyse und eines Theils der Diaphyse des Femur.

(Bulletin de la société anatom. de Paris 1875. p. 25.)

Ein 9jähriger Knabe hatte sich hinten auf einen Fiaker gesetzt; sein Fuss kam während der Fahrt in die Radspeichen. Es zeigte sich eine quere Wunde in der Kniekehle, ein Erguss im Kniegelenke; heftige Blutung. In den nächsten Tagen erschien nach Wegnahme eines aus der Hautwunde hernienartig hervorgequollenen gangränösen Muskelstücks die entblösste Diaphyse des Femur. An der abgesetzten Extremität fand sich obige Verletzung, die knöcherne Partie gehörte nur der Innenseite an; Art. und Vena poplitea waren normal. **Pilz** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 50. **Sonnabend, den 11. December.** **1875.**

Mikroskopische Untersuchungen über den sogenannten blauen Eiter.

Von

Dr. **Girard**,

Docent in Bern.

Ueber die sogenannte blaue Eiterung liegen bis jetzt nur sehr spärliche mikroskopische Untersuchungen vor; eine einzige Arbeit enthält genauere Angabe über diesen Gegenstand, es ist der Lücke'sche Aufsatz in Langenbeck's Archiv Bd. II. Lücke fand bekanntlich als Ursache der blauen Färbung der Verbandstücke zahllose Mengen vibrionenartiger niederer Organismen, welche in den feuchten Compressen und in der Charpie anwesend waren.

Den blauen Farbstoff selbst, das von Fordoz entdeckte Pyocyanin konnte er zwar aus den Verbandstücken darstellen, jedoch

war es ihm nicht gelungen, ihn in denselben mikroskopisch zu sehen, und er meinte, die Vibrionen selbst seïen blau gefärbt und bedingten die Färbung des Verbandmaterials durch ihre immense Anzahl. Lücke's Aufsatz war schon erschienen, als Fordoz noch einen zweiten, gelben Farbstoff entdeckte, welchen er Pyoxanthose nannte. Dieser Körper entsteht durch allmälige Zersetzung des Pyocyanins an der Luft und unter gewissen Bedingungen. (Bulletin de l'Académie des sciences 1863.)

Die von uns über das Verhalten dieser beiden Farbstoffe in den blau gefärbten Verbänden angestellten Untersuchungen ergaben folgende Resultate.

In den rein blauen Flecken fanden sich ausser den schon erwähnten niederen Organismen, welche uns, wie Lücke, entschieden schwach bläulich gefärbt erschienen, als Hauptursache der blauen Färbung mehr oder weniger zahlreiche Crystalle von Pyocyanin. Nie haben wir sie vermisst. Sie zeigen sich unter folgenden Formen: als hellblaue hexagonale Tafeln, manchmal als blaue Nadeln oder unregelmässige Crystallgruppen, als sehr kleine, unregelmässige Cryställchen, welche in grosser Anzahl die Gewebsfasern schuppenartig bedecken, endlich, aber selten, als schöne dunkelblaue Octaëder. Neben dem Pyocyanin war auch regelmässig eine geringe Menge von Pyoxanthose vorhanden, gewöhnlich in der Form von körnig-crystallinischen, hell bis dunkelgelben Massen, manchmal in deutlicheren Crystallgruppen, wo Pyocyanin und Pyoxanthose durcheinander gemischt sich zeigten.

Die blaue Farbe der blauen Eiterung kann nicht selten in's Hellgrüne übergehen. Grüne Färbungen findet man an den Stellen, wo ein gelblicher Eiterfleck an die blauen Partien grenzt. In diesen grünen Strecken liess sich derselbe Befund wie der obige constatiren, mit Beimischung von Eiterkörperchen. Der Grund dieser grünlichen Färbung liegt auf der Hand.

Aber es giebt auch grasgrüne Stellen, welche ihr Entstehen nicht der Beimischung von Eiter verdanken, z. B. auf sogen. hydropathischen Ueberschlägen, oder wo nur seröse Flüssigkeit das Verbandmaterial imbibirt. Es findet sich dann eine Verminderung des Pyocyanin und starke Zunahme der Pyoxanthose-Crystalle.

Endlich kann es auch vorkommen, dass der blaue Farbstoff in so geringer Menge vorhanden ist, dass die Verbandstücke höchstens ganz geringe Spuren von bläulicher Färbung besitzen und einfach gelblich erscheinen. Hier fehlen zwar keine der erwähnten Gebilde, man sieht auch zahlreiche Vibrionen, doch weniger als in blauen Flecken, spärliche und kleine Pyocyanincrystalle, dafür aber sehr viel Pyoxanthose.

Um nun diese Crystalle leicht zu finden, können wir folgende Methode angeben: man benetzt einen Fleck mit Wasser, drückt ihn dann aus, und setzt den ausgedrückten Tropfen unter das Mikroskop.

Sonst ist das Zerzupfen der Leinwandfasern in destillirtem Wasser auf dem Objectträger für die Untersuchungen zu empfehlen.

Eine bisher noch unbeachtete Erscheinung beim sogen. blauen Eiter ist noch zu erwähnen. Es lässt sich in den allermeisten Fällen, obgleich nicht immer, ein specifischer, süsslich-aromatischer Geruch wahrnehmen, der ganz charakteristisch ist. Prof. Lücke wurde darauf vor 3 Jahren aufmerksam; wir erkennen ihn so sicher, dass wir die blaue Eiterung seither manchmal diagnosticirten, bevor der Verband aufgemacht war, oder bei Fällen, wo nur die genaueste Untersuchung einige blaue Fäden erkennen liess; der übrige Verband war dann gelblich.

Woran dieser Geruch gebunden ist und über unsere chemischen, mikroskopischen und experimentellen Untersuchungen der blauen Eiterung werden wir nächstens an anderer Stelle ausführlicher berichten.

Socin und **Barth.** Jahresbericht über die chirurgische Abtheilung des Spitals zu Basel im Jahre 1874.

Es wurden 654 Kranke behandelt (469 Männer und 185 Frauen), von denen jeder Patient im Durchschnitt 28,6 Tage im Spital war. Im Ganzen kamen 17 Todesfälle vor und zwar 11 bei Männern (2,6%) und 6 bei Weibern (3,6%). Alter, Gewerbe und Heimat der Kranken finden in einer statistischen Zusammenstellung Berücksichtigung, ebenso wie über die Vertheilung der Erkrankungen auf die einzelnen Körperabschnitte eine tabellarische Uebersicht gegeben wird. Von allen interessanteren Fällen liegen Krankengeschichten vor.

I. Kopf und Ohr. 35 Fälle.

Von 25 Kopfverletzungen verliefen 11 ohne Hirnsymptone, 6 mit Commotio cerebri, und 5 mit länger dauernden Gehirnerscheinungen günstig (alle ohne nachweisbare Fractur). Zwei Fälle von Schädelfractur mit Hirnverletzung, Männer von 34 und 59 Jahren, endeten tödlich (No. 1 und 2); ebenso ein Fall von Hirnödem nach Sturz auf den Kopf ohne äussere Verletzung (Mann von 62 Jahren No. 3). Ein Fall von Caries des Felsenbeins (Trepanation) bei einer 35jährigen Frau (No. 4) endete durch Pyämie, Caries des Schädeldachs und linken Oberkiefers bei einem 17jährigen Jüngling (No. 5) durch Meningitis tuberculosa tödlich.

II. Gesicht, Nasen- und Mundhöhle. 48 Fälle.

Nach einer Schussverletzung des Gesichts heilte die Kugel in der linken Orbita ein; anfangs bestehender Exophthalmus verlor sich.

15 Fälle von Tumoren (darunter 9 Carcinome) wurden durch Operation geheilt, darunter 1 Mal totale Oberkieferresection. Schnelle Recidive traten 3 Mal nach Lippenkrebs ein, 1 Mal nach Fibrosarcom des Oberkiefers.

III. Hals und Nacken. 24 Fälle.

4 Mal wurde Struma cystica durch Punction und Jodinjection gebessert. Struma parenchymatosa (2 Fälle) wurde durch Eis und

Jodpräparate innerlich und äusserlich etwas gebessert, 1 Mal wurden vorher bestehende Erstickungsanfälle durch Tracheotomie und längeres Tragen einer Kanüle dauernd beseitigt.

IV. Wirbelsäule. 5 Fälle.

In zwei Fällen von Contusion, mit Commotion des Marks verbunden (in einem Falle Schmerzen, im andern Parese der unteren Extremitäten, der Blase und des Mastdarms), trat Besserung ein. Eine Fractur des 6. Halswirbels, durch Sturz auf den Kopf bei einem 21jährigen Mädchen entstanden (No. 6), endete nach 2 Tagen tödlich. Von 2 Fällen von Wirbelcaries wurde der eine ungeheilt entlassen, der andere (Luxation des 1. Lendenwirbels — Paraplegie) endete bei einem 15jährigen Mädchen tödlich (No. 7).

V. Brust und Rücken. 21 Fälle.

Es kam ein Fall von Pneumopericardium bei einem 20jährigen Mann zur Beobachtung, nach Sturz aus einer Höhe von 120'; Heilung. Die Diagnose durch tympanitischen Percussionsschall in der Herzgegend und rhythmische plätschernde Geräusche an Stelle der Herztöne sichergestellt.

VI. Bauch. 13 Fälle.

Von 10 Hernien zeigten 4 Incarcerationserscheinungen; alle 4 wurden operirt. Zwei Mal trat Heilung ein; eine Frau von 46 Jahren (Cruralhernie) starb 21 Tage, ein Mann von 70 Jahren (Leistenhernie) 8 Tage nach der Operation, beide mit anus präternaturalis (No. 8 und 9). Ein Fall von Atresia ani congenita mit fistula rectovaginalis wurde bei einem 2 Monate alten Kinde durch Proctoplastik (Schnitt durch die hintere Vaginalwand bis zur Fistel verlängert) und Vaginalnaht bis auf einen nur für Vapores permeabeln Fistelrest geheilt.

VII—IX. Harn- und Geschlechtsorgane. 47 Fälle.

Ein Fall von Prostatahypertrophie endete bei einem 72jährigen Mann durch Cystitis und Pyonephrose tödlich (No. 10). Von 7 Fällen von Tripperstricturen wurden 3 durch Bougiren, 2 durch innere Urethrotomie mit folgendem Einführen von Zinnbougies gebessert; 2 Patienten entzogen sich der Behandlung.

Hydrocele testis (6 Fälle) wurde 2 Mal durch Punction nebst folgender Jodeinspritzung geheilt, 3 Mal wurde durch den Radicalschnitt Heilung erreicht, nachdem Jodinjection entweder erfolglos geblieben war oder Verjauchung zur Folge gehabt hatte.

Eine uniloculäre Ovarialcyste wurde bei bestehender Gravidität operirt; Behandlung nach Lister (natürlich ohne Drainage). Kein Fieber; am 8. Tage Abortus. — Heilung.

Ein Fall von Fibroma mammae und 1 Carcinoma mammae wurden durch Exstirpation geheilt; ein 2. Fall erwies sich als nicht mehr operirbar.

Eine kleine Vesico-Vaginal-Fistel heilte spontan, in der 7. Woche nach der Entbindung.

X. Becken und Lumbargegend. 9 Fälle.

Ein perityphlitischer Abscess, mit Perforation des Colon ascendens führte bei einer 58jährigen Frau (No. 11) zum Tode.

XI. Obere Extremität. 157 Fälle.

7 Fälle von Luxation, darunter 2 der Clavicula. Eine 10 Wochen alte complete Luxation des Unterarms nach Hinten machte die Resection der Humerusepiphyse nöthig. Lister — Heilung. Active Bewegungen in einer Ausdehnung von 30° möglich.

20 Gelenkwunden und offene Fracturen (meist Fingerverletzungen) wurden nach Lister behandelt, kein Todesfall.

Von 4 Fällen fungöser Ellenbogengelenkentzündung wurden 3 mit Resection des Gelenks behandelt; 2 Mal folgte die Amputation des Oberarms. Eine 42jährige Frau starb 2 Tage nach der Amputation plötzlich an Herzparalyse (No. 12); Sectionsbefund: Insufficienz und Stenose der Mitralis, fettige Entartung des linken Ventrikels.

7 Fälle von Tumoren.

Ein kindskopfgrosses recidives Spindelzellensarcom und ein grosses Enchondrom des rechten Oberarms machten die Exarticulation nöthig, im 2. Falle mit ausgedehnter Resection des Acromion. Lister. Heilung. Ein kindskopfgrosses Fibrosarcom des linken Humerus führte bei einem 24jährigen Mädchen (No. 13) nach einer Probepunction durch Verjauchung — Septikämie — zum Tode.

XII. Untere Extremität. 198 Fälle.

2 Luxationen. Eine frische Luxatio fem. iliaca wurde durch extreme Beugung, Adduction und Rotation nach Innen, und darauf rasches Uebergehn in Rotation nach Aussen und Streckung reponirt. Bei einer 4 Wochen alten Luxatio femoris ileo-ischiadica gelang die Reposition nicht. 5 einfache Fracturen des Oberschenkels heilten bei Gewichtsextension mit Verkürzung von 0, $1^1/_2$, 2 bis 3 Ctm.; eine Doppelfractur mit Verkürzung von 5 Ctm.

7 Gelenkwunden und offene Fracturen.

1 Mal wurde doppelte Oberschenkelamputation, 1 Mal primäre Fussgelenksresection, 1 Mal die Amputation nach Pirogoff gemacht; eine Durchstechungsfractur des Oberschenkels und eine Stichverletzung des Kniegelenks wurden conservativ behandelt. In allen Fällen trat unter Lister'scher Behandlung Heilung ein; im letzten Fall ohne Functionsstörung. Eine jauchige Phlegmone bei einem 42jährigen Mann, der bereits pyämisch ins Haus kam (No. 14) führte zum Tode.

5 Coxitiden wurden mit Volkmann'scher Extension resp. Taylor behandelt; ein 16jähriger Knabe (No. 15) starb im Hause an Phthisis und Albuminurie.

Von 6 Fällen fungöser Kniegelenksentzündung machte einer die Amputatio fem. nöthig; Lister — Heilung.

Von 3 Fällen fungöser Fussgelenksentzündung wurde einer nach vergeblicher Resection des Gelenks durch Amputatio cruris (Lister) geheilt.

Wegen Caries pedis (11 Fälle) wurde 1 Mal Resection des Calcaneus gemacht (mit Fisteln entlassen) 1 Mal nach Pirogoff, 1 Mal nach Syme 1 Mal nach Chopart, und 2 Mal der Unterschenkel amputirt; Lister. Kein Todesfall.

XIII. Verschiedene Körpertheile betreffende Erkrankungen. 18 Fälle.

Unter 5 Fällen multipler Verletzungen wurde eine complicirte Fractur des Unterschenkels und eine complicirte Fractur des Oberschenkels unter Lister conservativ geheilt.

Ein Fall multipler Lymphosarcome und ein Fall allgemeiner Carcinose (No. 16 und 17) wurden im Hause bis zum Tode beobachtet.

Accidentelle Wundkrankheiten.

Ein Fall multipler Pyaemie war nicht im Hause entstanden.

Von 12 Erysipelen enstanden 10 im Hause, darunter 6 bei Operirten (ob unter Lister'schem Verbande, ist aus dem Bericht nicht zu ersehn). Die Dauer der Erysipele betrug zwischen 4 und 7 Tagen; keins verlief tödtlich.

5 Fälle von Delirium tremens gingen unter Chloralbehandlung in Genesung über. Ein Fall von Tetanus (compl. Fractur des Oberschenkels bei einem 9jährigen Knaben) ging bei Darreichung von durchschnittlich 0,02 Morph. und 2,6 Chloral täglich, im Laufe von 4 Wochen in Heilung über; es hatte zeitweise starke Albuminurie bestanden.

Es folgt eine Zusammenstellung sämmtlicher Operationen. Unter 20 grossen Amputationen, davon 5 des Oberschenkels, und 8 grossen Resectionen ausser dem unter No. XII. erwähnten kein Todesfall.

A. Genzmer (Halle).

---

v. Ewetzky. Entzündungsversuche am Knorpel.

(Untersuchungen des pathol. Instit. zu Zürich, herausgegeben von Eberth. 1875. Leipzig. **Wilh. Engelmann.** Hft. 3.)

Die Arbeit E.'s giebt die detaillirten Angaben, welche in der vorläufigen Mittheilung im Centralblatt für die med. Wiss. 1875, 27. März (cfr. Centralbl. f. Chir. 1875, No. 17) versprochen wurden.

E. stellte sich die Aufgabe, an dem gefässlosen Gewebe die Frage zu beantworten: betheiligen sich die Gewebe activ bei der Entzündung?, können ihre Elemente die Quelle des Eiters sein, und wenn nicht, wie verhalten sie sich im Allgemeinen zum Entzündungsvorgange? Die bisherigen Untersucher nahmen, mit Ausnahme von Ecker und Popp eine active Betheiligung des Knorpels bei der Entzündung in mehr oder weniger hohem Grade an. Theoretische Bedenken jedoch forderten ebenso wie die zum Theil mangelhaften früheren Untersuchungsmethoden zu erneuter Prüfung auf.

Die Untersuchungen E.'s wurden zum grössten Theile am Scleralknorpel des Frosches angestellt. Die Zellen desselben sind gewöhnlich in zwei Schichten gelagert, und liegen nur höchst selten

zu zweien in einer Kapsel, selten besitzen sie zwei Kerne. Die Untersuchungsmethode ist folgende: der dem exstirpirten Bulbus entnommene Knorpel wird 10 bis 20 Minuten lang in eine 0,5 % Goldchloridlösung gelegt, dann in mit Essigsäure versetztem Wasser der Einwirkung des Lichtes ausgesetzt. Nach der Reduction des Goldes, welche in 1 bis 3 Tagen erfolgt, wird das Perichondrium und das der Knorpelinnenseite aufliegende Endothel unter dem Präparirmikroskope entfernt. Da die Veränderungen nur langsam vor sich gehen, hat E. in der ersten Woche nach dem Eingriffe den Knorpel alle zwei Tage, in der späteren Zeit mit 4- bis 7tägigen Intervallen bis 2 Monate nach der Verletzung untersucht.

Es sind 3 Reihen von Versuchen gemacht: 1) Durchstechung des Scleralknorpels mit einer feinen Nadel. 2) Ebenfalls Durchstechung des Bulbus mit einer Nadel, aber mit Liegenlassen derselben durch verschiedene Zeit. Der Einstich muss dabei ausserhalb der Lider, durch die Cutis geschehen, um den Lidschluss nicht zu behindern. Die Untersuchung erfolgt nun entweder während der Fremdkörper noch im Auge verweilt, oder längere Zeit nach Entfernung desselben in der Heilungsperiode. 3) Aetzung des Scleralknorpels mittelst eines arg. nitr. Stiftes durch 2 bis 30 Secunden, oder vermittelst eines Chlorzinkstiftes durch 2 Minuten.

Nach jeder dieser Reizungen degeneriren die Zellen an der Applicationsstelle und in deren Umgebung. Die atrophischen Zellen persistiren in der Regel ziemlich lange; die Zellenhöhlen verkleinern sich, ihre Contouren werden undeutlich. Die Grundsubstanz wird weicher und brüchiger, auch ist an den Wundrändern eine Einschmelzung zu constatiren. Nicht selten sieht man in der Intercellularsubstanz theils radiär, theils parallel verlaufende Fasern; ferner kann in die Grundsubatsnz eine Kalkablagerung stattfinden. Der Raum, auf welchem sich diese regressiven Vorgänge abspielen, vergrössert sich noch längere Zeit hindurch, auch nach dem Wegfallen des Reizes; er wird von E. atrophische Zone genannt.

Von dieser Zone nach aussen, d. h. nach dem gesunden Knorpel zu, tritt sodann die Vacuolenzone auf, und zwar am frühesten nach chemischer Reizung. Der Leib der in ihr vorhandenen Zellen wird durch zunehmende Vacuolenbildung in ein Netz feiner Fäden verwandelt, endlich zuweilen ganz gesprengt. Die Zellen gehen hierbei entweder zu Grunde, oder erholen sich wieder. Etwa 4 Wochen nach der Continuitätstrennung mit Liegenlassen eines Fremdkörpers sieht man besonders schön ein System von Linien, welches die Zellen in der atrophischen und der Vacuolenzone zu verbinden scheinen. Gegen die Vermuthung Bubnoff's, dass diese Linien als Saftcanälchen zu deuten seien, führt E. an, dass auch mit den stärksten Immersionslinsen kein deutliches Lumen zu sehen sei. Die Zeit des Erscheinens, welche mit der Vacuolenbildung zusammentrifft spricht dafür, dass die Linien durch Lockerung, Zerspaltung und Zerfaserung der Grundsubstanz entstehen.

Nachdem die Vacuolenzone verschwunden, erscheint in dem Gebiete nach aussen von ihr eine 2 bis 6 Zellenreihen breite Proliferationszone. Vergrösserung der Zellen, Kerntheilung, Zellentheilung folgen hier auf einander. Die Zellen haben gewöhnlich mehr oder weniger zahlreiche Fortsätze; einige sind vollkommen sternförmig; andere mit einer geringen Anzahl von Kernen sind rundlich und haben eine gewisse Aehnlichkeit mit den Riffzellen der Epidermis. Manchmal erinnern die jungen Elemente ihrer Form nach an Eiterkörperchen; Orts- und Formbewegungen hat E. jedoch nicht an ihnen bemerken können. Die Kapseln verschwinden mit dem Eintritt der Proliferation zunächst, um sich später entweder um einen Haufen, oder um je eine einzelne der neugebildeten Zellen wieder zu bilden. Die Zellen der Proliferationszone dringen endlich in die atrophische Zone ein; in gleicher Weise von der Wunde aus die wuchernden Zellen des Perichondrium. Als ein Netz von spindel- und sternförmigen Zellen unterminiren sie die erweichte Grundsubstanz mit Benutzung der reducirten Zellenhöhlen. Von ihnen schnüren sich kernhaltige Ballen, später in echte Knorpelzellen sich verwandelnd, ab. Directer Uebergang von Zellen des Perichondrium in Knorpelzellen wird ebenfalls beobachtet.

Da die atrophische Zone sich erst allmälig entwickelt, ferner nach der Aetzung mit arg. nitr. immer durch eine scharfe Linie vom Aetzbezirke getrennt ist, nimmt E. an, dass der einmalige Insult hinreiche, um einen verschieden grossen Gewebsbezirk so in seiner Ernährung zu alteriren, dass die Elemente des Knorpels entweder sofort absterben oder allmälig degeneriren und endlich zu Grund, gehen. Die Wucherung folgt nun ihrerseits nicht der Reizung oder dem Insulte, sondern der Atrophie auf dem Fusse nach. Mit einiger Wahrscheinlichkeit ist daher die Abnahme des Wachsthumsdruckes durch den Schwund einiger Zellen als der Reiz anzusehen, welcher die Proliferation hervorruft. Die Regeneration des Knorpels erfolgt in der atrophischen Zone vom gesunden Knorpel und vom Perichondrium aus; in der Wunde geschieht sie durch Vermittlung des letzteren.

Ranke (Halle).

C. Baber. On the structure of hyaline cartilage.

(The Journal of anatomy und physiology 1875. Octbr. Vol. X. p. 1.)

Verf. prüfte die vom Ref. (»Beiträge zur Histologie der Gelenke«, Max Schultze's Arch. für mikroskopische Anatomie Bd. X. p. 401) zuerst beschriebene künstliche Auffaserung der homogenen hyalinen Knorpelgrundsubstanz durch Kal. hypermang. und 10 % Kochsalzlösung. Ausser den beiden genannten Flüssigkeiten wandte Verf. auch Kalk- und Barytwasser an. B. bestätigt die vom Ref. gemachten Angaben und schliesst sich deshalb ebenfalls der Ansicht des Ref. an, dass der hyaline Knorpel aus Fasern aufgebaut sei, welche durch interfibrillären Kitt zusammen-

gehalten sind. Die homogene Structur der hyalinen Knorpelgrundsubstanz ist nur scheinbar und bedingt durch die interfibrilläre Kittsubstanz. Am schnellsten erzielte Verf. die Auffaserung durch Anwendunng von Barytwasser. Im Gegensatz zu den Angaben des Ref. hat B. gefunden, dass Kochsalzlösung dem Kal. hypermang. vorzuziehen sei. Die Faserung der hyalinen Knorpelgrundsubstanz liess sich auch besonders deutlich durch Anwendung eines momentanen Druckes auf das Objectgläschen demonstriren.

Tillmanns (Leipzig).

J. Schwarz. Praktische Mittheilungen über die Wirkung der Salicylsäure.

(Wiener med. Presse 1875. No. 27, 28 u. 29.)

Sch. verwendete die Salicylsäure bei Angina, Diphtherie, Ulcera, Combustio, Variola, in Form von Gurgel- und Verbandwässern sowohl als auch innerlich nach nachstehender Formel: Glycerin, Acid. salicyl. āā 1,0—2,0, Spirit. vin. rectif. q. s. ut f. solutio; Aq. destill. 300,0—400,0.

In schwereren Fällen von Angina tonsillar. mit Abscessbildung, zeigte sich von der Salicylsäure ein sehr guter Erfolg, nach 3 Tagen schon wesentliche Besserung, Heilung in 1 Woche.

Auch bei Diphtheritis will Sch. vom Gurgeln, besser Pinseln mit Salicylsäurelösungen sehr gute Erfolge gehabt haben. Die Behandlung nahm 3—8 (als Maximum) Tage in Anspruch.

Bei Variola als Waschwasser (Grm. 2,0 auf 400,0 Wasser) $1/4$—$1/2$stündlich mit einem Leinwandlappen applicirt, soll die Salicylsäure wiederholt die Pustelbildung verhütet haben. In andern Fällen erstarrte das Exsudat in den Bläschen, welche bald eintrockneten; es kam so zu keiner Eiterung.

Auch bei Fussgeschwüren (scrophulösen und varicösen), so wie bei Brandwunden leistete die Salicylsäure als Verbandmittel sehr gute Dienste. Die Geschwüre reinigten sich in 24 Stunden und die Heilung erfolgte verhältnissmässig rasch. **Fr. Steiner** (Wien).

W. Reid. Esmarch's blutaustreibende Binde zur Behandlung von Aneurysmen.

(The Lancet 1875. Vol. II. p. 448.)

Als R. bei einer Nekrosen-Operation den Schlauch über eine Stunde ohne schädliche Folgen in Anwendung gebracht hatte, kam ihm der Gedanke, denselben bei einem grossen, linksseitigen Popliteal-Aneurysma zu benützen, bei welchem Ruhe, Diät, starke Flexion und verschiedene Compressionsmethoden ohne Erfolg geblieben waren. Nach geschehener Einwicklung mittelst elastischer Binde von den Zehen bis zum Oberschenkel hinauf, in der Art, dass über dem Aneurysma selbst die Binde nicht comprimirend angelegt wurde, er-

folgte die Anlegung des elastischen Schlauches; die Binde selbst wurde jetzt entfernt. Der Unterschenkel erschien bleich, die Arterien pulslos; nach 50 Minuten klagte Pat. über starke Schmerzen an der Umschnürungsstelle, deshalb wurde hoch am Oberschenkel ein Compressorium in Anwendung gebracht, und mit diesem intermittirende Compression bis zum nächstfolgenden Abende ausgeführt; der elastische Schlauch war inzwischen entfernt, zu keiner Zeit erschien der Puls in dem pulslos gewordenen aneurysmatischen Sacke wieder; derselbe war sichtlich verkleinert; deutlich konnte Puls in der Femoralis bis zur Umschnürungsstelle gefühlt werden, aber nicht unter ihr; kleine Arterien pulsirten erkennbar am Kniegelenke, besonders an der Innenseite. R. weist besonders darauf hin, dass der complete Abschluss des Blutes von dem Unterschenkel, mit Temperaturerniedrigung und absoluter Stagnation im Sack zur sicheren Coagulation beigetragen haben.

Pils (Stettin).

Caspary. Ueber die Contagiosität der hereditären Syphilis.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 41.)

Verf. wendet sich auf Grund von Beobachtungen gegen Günzburg, welcher im Moskauer Findelhaus gefunden hatte, dass in den Jahren 1868—1870 von 31 Ammen, welche 120 hereditär syphilitische Kinder gestillt hatten, keine hierdurch inficirt worden sei, wonach er hereditäre Lues für nicht ansteckend hält. Ein positives Resultat, wie C. solche beibringt, beweist mehr für eine Ansicht, als viele negative dagegen. Bei der Gefährlichkeit, welche die Günzburg'sche These birgt, ist C.'s Beweisführung für die Contagiosität der hereditären Syphilis an der Hand von selbst wenigen Fällen höchst wichtig.

v. Mosengeil (Bonn).

A. Lucae. Zur Function der Tuba Eustachii und des Gaumensegels.

(Virch. Archiv Bd. LXIV. p. 476.)

Die Tuba Eustachii ist nicht als eine für gewöhnlich vollständig geöffnete Röhre anzusehen. Es sprechen hiergegen sowohl akustische Bedenken als auch pathologische Beobachtungen an Kranken mit abnorm offener Tuba, bei welcher aber noch keine Schwerhörigkeit beobachtet worden ist. Eben so wenig haltbar ist aber die Annahme eines luftdichten Abschlusses der Tuba; dieselbe ist vielmehr lose geschlossen und öffnet sich mit individueller Verschiedenheit bald leichter bald schwerer bei Luftdrucksschwankungen im Nasenrachenraum und in der Trommelhöhle.

Es ist richtig, dass durch die Tubenmuskeln während des Schlingaktes eine »physiologische Ventilation« des Ohrs stattfindet (Troeltsch). Diese Ventilation kommt aber nicht dadurch zu Stande, dass die für gewöhnlich geschlossene Tuba während des Schlingaktes sich öffnet,

sondern vielmehr dadurch, dass die für gewöhnlich offen stehende Mündung der im weiteren Verlaufe ganz lose geschlossenen knorpelig-membranösen Tuba durch den Schlingakt kräftig zusammengedrückt und nach demselben wieder geöffnet wird. Einen ähnlichen ventilirenden Einfluss üben auch eine Reihe anderer Bewegungen, wie forcirte Respiration, Phonation und Aspiration auf das Ohr aus.

Madelung (Bonn).

Petersen. Ueber dorsale Luxation der ersten Daumenphalanx.

(Vortrag, gehalten im physiolog. Verein zu Kiel am 13. Mai 1875.)

(Mittheilungen für den Verein Schleswig-Holst. Aerzte 1875. Juli. Hft. 5.)

Nach einem kurzen Blick auf die Litteratur der in Rede stehenden Luxation recapitulirt P. die topographische Anatomie des Metakarpophalangealgelenkes des Daumens und die verschiedenen Theorieen, welche zur Erklärung der bekannten Repositionsschwierigkeit aufgestellt sind. Er hält eine Interposition der Kapsel für die wahrscheinlichste Ursache. Dieselbe kann auf verschiedene Weise zu Stande kommen. Der Kapselriss befindet sich an der Volarseite meist dicht am Metakarpalknochen. Durch die forcirte Dorsalflexion wird daher die Kapsel mit dem lig. intersesamoidale und den Sesambeinen über die Gelenkfläche des Köpfchens herübergezogen. Findet jetzt eine Contraction der mit den Sesambeinen noch zusammenhängenden Muskeln statt, zwischen die das Köpfchen hindurchgetreten ist, so dass an der Ulnarseite der adductor und flexor brevis ulnaris, an der Radialseite der flex. brev. rad. und der abductor liegen, so wird die Kapsel zwischen Volarrand der Phalanxbasis und den Dorsalrand des Köpfchens des Metakarpalknochens hineingezogen, ist also interponirt, und diese Interposition wird durch die Elasticität der gespannten Muskeln selbst in der Chloroformnarkose aufrecht erhalten. Sind aber die Muskeln von ihren Insertionsstellen abgerissen, so kann die Interposition auch auf andere Weise zu Stande kommen. Verf. erinnert an die bekannte Erscheinung, wie bei Entfernung von Fingergelenkflächen von einander die Haut durch den Luftdruck in die entstehende Lücke hineingedrängt wird. »Eine solche Entfernung der Gelenkflächen von einander findet gewiss auch oft während der Entstehung der Luxation statt. Ist die Kapsel nun schon zerrissen, dann wird bei dieser Abhebung das Kapselfragment in die entstehende Lücke hineingedrängt, also aspirirt. Auch ohne Aspiration ist das Zustandekommen der Interposition denkbar. Wenn der Rissrand auf dem Dorsum des Metakarpalknochens bei der Hyperextension angekommen ist und es erfolgt jetzt als secundäre Bewegung eine Flexion, dann kann dabei das Kapselfragment zwischen Basis der Phalanx und Mittelhandknochen eingeklemmt werden«.

An einem Präparat, bei welchem die Kapsel und die mit ihren Muskeln noch in Verbindung stehenden Sesambeine interponirt sind, demonstrirt P. alsdann, wie durch Vermehrung der bestehenden Dorsalflexion der vordere Rand der Phalanxbasis vom Metakarpal-

knochen abgehebelt und dadurch der Rissrand der Kapsel frei wird. Schiebt man nun die Phalanx durch Druck von hinten und oben vor, bis der Rissrand des Kapselfragments die höchste Kuppe des Metacervusköpfchens erreicht hat (wobei also die Phalanx die interponirt gewesene Kapsel vor sich herschiebt), so genügt eine schliessliche Flexion zur Reposition. Letztere gelingt am leichtesten, wenn man die Phalanx nicht gerade, sondern mehr ulnarwärts vorschiebt, weil der ulnare Theil des capit. oss. metac. (von P. als ulnarer Condylus bezeichnet) flacher ist, als der radiale und daher das Hinübergleiten der Kapsel leichter gestattet. Gelingt die Reposition trotzdem nicht, so schlägt P. vor, das Gelenk zu eröffnen und die interponirte Kapsel mit einem Haken hervorzuheben, resp. das Köpfchen des Metakarpalknochens zu reseciren. — Wenn man den Daumen wohl in die richtige Stellung bringen kann, derselbe aber wegen der interponirten Kapsel stets wieder in die Luxationsstelle zurückfedert, so empfiehlt er mit Hüter das Eingipsen des Daumens in der normalen Stellung; nach 14 Tagen sei die Neigung zum Zurückfedern verschwunden (Druckatrophie der eingeklemmten Kapsel). Andere Male haben Torsionen des Daumens, wodurch der Riss der Bänder und der Kapsel vergrössert wurde, zum Ziel geführt. **Schede** (Berlin).

R. Wilde. Ueber Schreibekrampf und analoge Zustände.

(Inaug.-Diss. Breslau 1875.)

Einer geschickten Zusammenstellung des Bekannnten lässt Verf. 4 Krankengeschichten aus der Klinik von O. Berger folgen: 1) Cigarrenarbeiter-Krampf. Eine im 8. Monate schwangere 28jährige Frau, welche seit 3 Jahren täglich 12 Stunden lang mit Unterbrechung einer einzigen Stunde Cigarren gewickelt hatte, litt seit 6 Wochen während der Arbeit an einem Gefühl von »Erstarrung und Ertödtung« der Fingerspitzen beiderseits, so dass sie den Cigarren keine recht ordentliche Façon geben konnte. Gleichzeitig empfand sie reissende Schmerzen in sämmtlichen Fingern, Formicationen und Kältegefühl in den Spitzen. Wenn sie trotzdem die Arbeit fortsetzte, stellte sich ein etwa 1 Minute lang anhaltender nicht zu hemmender Ringkrampf in sämmtlichen Fingern beider Hände ein, so dass die Fingerspitzen nur einen Zoll von der Vola manus entfernt blieben. 2) Schreiblähmung mit Tremor. 3) Melkerkrampf bei einer 59jährigen Viehmagd, die seit 25 Jahren 3 Mal täglich $^3/_4$ Stunden lang Kühe gemolken. Bald nach dem Beginn des Melkens stellt sich in den Fingern das Gefühl des Eingeschlafenseins, Absterbens und Formication ein; die Finger werden auffallend kalt und weiss und spreizen sich unwillkürlich krampfhaft auseinander, während der Daumen in gestreckter Stellung krampfhaft in die Hohlhand eingezogen wird. 4) Uhrmacherkrampf. Ein schwächlicher, scrophulöser Uhrmacher von 22 Jahren litt seit 6 Wochen nur wäh-

rend der Berufsarbeit an einem tonischen Krampf, welcher die Hand in die bei der Tetanie gewöhnliche Pfötchenstellung brachte; Druck auf Gefässe und Nerven der oberen Extremitäten rief aber keine Spur des Krampfes hervor. Nach 4wöchentlichem Gebrauch von Eisen und constantem Strom war Pat. geheilt und war dies noch 2 Jahre später. **Seeligmüller** (Halle).

Kleinere Mittheilungen.

L. Schnepp. Ein Beitrag zur Lehre von den Echinococcen.

(Inaug.-Diss. Breslau 1875.)

Ein 25jähriges, bisher immer gesundes Mädchen bemerkte seit einiger Zeit eine Geschwulst an ihrer rechten Brustdrüse. Bei der ärztlichen Untersuchung fand sich eine pralle, feste Geschwulst zwischen Axillar- und Parasternallinie, deren längster Durchmesser schräg vom unteren Rande der 7. bis zum oberen der 4. Rippe verlief; die Brustdrüse, nach oben verschoben, liess sich doch nicht deutlich vom Tumor abgrenzen; die Haut darüber verschieblich und nur an einer Stelle durch Cataplasmen geröthet. Sonst an den Brust- und Unterleibsorganen nichts Abnormes zu finden. Da nach sorgfältiger Erwägung nichts übrig blieb, als eine Cyste zu vermuthen, so wurde Pat. chloroformirt und ein Einschnitt gemacht.

Es liess sich nun eine dickwandige Cyste blosslegen, die in der Parasternallinie an einer Stelle aus dem Thorax hervorgewuchert war, welche vom 4. bis 6. Intercostalraum reichte und 3 □Ctm. in der Ausdehnung hatte. Nach Incision des Sackes entleeren sich viel klare Flüssigkeit und Echinococcenblasen, und man kam an der besagten Stelle mit dem Finger in das Innere des Thorax, ohne jedoch die ganze Ausdehnung der Cyste hier bestimmen zu können. Der ausserhalb liegende Theil wurde abgetragen, die Hautwunde bis an die Thoraxöffnung genäht. Anfangs Fieber, dann schnelle Heilung bis auf eine Fistel, welche sich erst nach längerer Zeit schloss. Der Defect in den Rippen ist durch festes Gewebe ausgefüllt.

Es lässt sich nun schwer entscheiden, ob der Echinococcus von dem obern Leberrand entstanden und dann erst in den Pleuraraum gewachsen ist, oder ob er sich in dem letzteren zuerst gebildet und darauf erst Brustwand und Pectoralis durchbrechend nach aussen gelangte. Jedenfalls scheint ein ganz analoger Fall bisher noch nicht beschrieben worden zu sein. **A. Bidder** (Mannheim).

J. Hamilton. Cases in Surgery.

(The Dublin Journal of med. science 1875. April. p. 273.)

I. Femoral aneurism. Ligature of the external iliac artery.

In das Richmond-Hospital in Dublin wurde im October v. J. ein 28 Jahre alter Polizeimann wegen eines, direct unterhalb des lig. Poupartii liegenden, etwa orangegrossen Aneurysma's, das starke Pulsationen und ein diastolisches Geräusch zeigte, aufgenommen. Bein ödematös; Verlauf der vena femoralis bei Druck schmerzhaft. Herzaction und Herztöne normal.

Die Unterbindung wurde mit dicker Seide ausgeführt und soll bei dem fetten Manne, besonders noch wegen einer auf dem unteren Ende des Gefässes aufliegenden weichen Drüse, schwierig gewesen sein. Fieber darauf anfangs hoch; dann gering; am 14. Tage nochmals Steigerung der Temperatur, welche erst wieder zur Norm zurückkehrte, nachdem die vorhin erwähnte, vereiterte Drüse entfernt war. Am 15. Tage Lösung der Ligatur. Anfang Januar Patient geheilt entlassen.

II. Surgical treatment of enlarged bursa.

H. empfiehlt bei länger andauernder, bedeutender Flüssigkeitsansammlung in einem Schleimbeutel der Kniegegend, nicht ihre Vertheilung zu erstreben, sondern

denselben in grosser Ausdehnung zu spalten und mit Lint auszustopfen, um in Folge der darauf entstehenden Entzündung und Eiterung Heilung zu erzielen. Zum Beweis für die Vorzüge dieser Methode, welche H. in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen immer mit glücklichem Erfolge angewendet hat, folgt die Krankengeschichte eines Mannes, der in 3 Wochen von einem solchen orangegrossen, an dem Capitulum fibulae sitzenden Tumor geheilt war. In einem zweiten, daran sich anschliessenden Falle wurde der ganze pathologisch veränderte Schleimbeutel, der die Grösse einer Melone besass, exstirpirt, um die Heilungsdauer abzukürzen; nichts desto weniger nahm dieselbe doch 8—9 Wochen in Anspruch.

III. Removal of scirrhous testicle.

Die beiden mitgetheilten Krankengeschichten sollen beweisen, dass im Anschluss an Schornsteinfegerkrebs des Scrotum sich ein »scirrhous testicle« entwickeln kann.

Im 1. Falle wurde einem Schornsteinfeger ein Krebs des Hodensackes entfernt, wobei der Hoden blossgelegt wurde. Nachdem Patient 2 Monate geheilt entlassen war, kam er mit einem neuen Geschwür, das bis auf den Hoden ging, wieder; nach der Castration zeigte sich der Hoden in seinem unteren Theile erkrankt.

Bei dem 2. Kranken fand man den Krebs des Hodensackes in fester Verbindung mit dem Hoden, der auch nach seiner Entfernung alle Charaktere eines Epithelialkrebses darbot. Beide Hodengeschwülste sind jedenfalls secundär vom Hodensack aus entstanden. **H. Braun** (Heidelberg).

Southey. Clinical society. Idiopathic tetanus.

(Med. tim. and gaz. 1875. October 16. p. 456.)

Der 21jährige Patient hatte 14 Tage vor der Aufnahme in das St. Bartholomew's Hospital mehrere Stunden hindurch nasse Kleider getragen; zwei Tage später brach der Tetanus aus. Geringe Chloraldosen hatten anscheinend bisher keinen Einfluss gehabt. Der spontan stündlich sich einstellende Opisthotonus wurde schon durch die leisesten Reize hervorgerufen. Die Behandlung bestand in Abführmitteln und langen warmen Bädern. Die letzten Anfälle wurden am 18. Tage der Erkrankung beobachtet. Trotz der sorgfältigsten Untersuchung wurde eine Wunde nicht aufgefunden. **Ranke** (Halle).

De Lépine. Piqûre d'abeille; mort quelques minutes après.

(Journal de méd. et de chirurgie prat. 1875. Oct. p. 448.)

Ein Bienenstich auf der linken Backe eines jungen gesunden Mädchens führte rasch zu Athemnoth, Gefühl des nahenden Todes und Todesstarre 10 Minuten nach der Verletzung. Sichtbar war eine blaue Verfärbung von Linsengrösse an der Stelle des Stiches ohne jede Schwellung, der Stachel war gleich entfernt worden.

Merkwürdig ist, dass dasselbe Mädchen vor $1^1/_2$ Jahren schon einmal von einer Biene gestochen wurde, 2—3 Stunden für todt dalag und nur sehr langsam genas. Die Section unterblieb. **Pagenstecher** (Elberfeld).

Ferrier. Injections sous-coutanées d'ergotine contre des métrorrhagies dans un cas de tumours fibreuses.

(Journal de méd. et de chirurgie prat. Oct. 1875. p. 446.)

49jährige Jungfrau litt seit 1 Monate an andauernden Blutungen durch ein Uterusmyom, die einen ganz anämischen Zustand mit ausgebreiteten Oedemen herbeigeführt hatten.

Tägliche Injectionen in die Bauchhaut von 20 Tropfen einer Lösung von 2 Ergotin auf 15 gleiche Theile Glycerin und Wasser stillten die Blutung vollständig in 9 Tagen. Die Injectionen wurden noch durch $1^1/_2$ Monate alle paar Tage fortgesetzt, und die Blutung kam nicht wieder; die Patientin erholte sich vollständig. **Pagenstecher** (Elberfeld).

Le Gros Clarke. Grosse Adenocele mit Milchcyste.

(Lond. med. chirurg. Trans. Bd. LVII. p. 95).

Die 24jährige Frau hatte seit 8 Jahren eine kleine schmerzlose Geschwulst an ihrer linken Brust bemerkt, die allmälig wuchs, jetzt hauptsächlich den äusseren

und unteren Theil derselben einnahm, von kugliger Gestalt war und einen Umfang von 26½" darbot. Obwohl die Frau ein 7monatliches Kind nährte, so war Milch nur hie und da spontan aus der Brust getreten; auf Druck liessen sich einige Tropfen entleeren; seit 2 Monaten traten heftige zur Brustwarze schiessende Schmerzen auf. Durch die recht blutige Exstirpation wurde eine 11 Pfd. schwere Masse entfernt. Während die Brustwarze mit weggenommen wurde, liess man die anscheinend gesunde in der Tiefe gelegene Brustdrüse grösstentheils zurück. Die Geschwulst enthielt eine 2 Pinten Milch enthaltende Höhle, deren Wandung 1¼—2" an verschiedenen Stellen stark war. An einer Stelle drängte eine bucklige Masse vor, welche eingeschnitten eine zweite kleinere mit käseartiger Masse gefüllte Cyste klarlegte; das mitentfernte Stück Brustdrüse ging ohne nachweisbaren Unterschied in die Geschwulstmasse über. Die mikroskopische Untersuchung ergab in der Cystenwand ausser reichlichem Bindegewebe, Blutgefässen, Milchgängen, acinöse Drüsenlager; die chemische Analyse ermittelte die normale Zusammensetzung der Milch im Cysteninhalte mit etwas höherem Albumingehalte. Ein Jahr später wurde die Frau wieder entbunden; es war die ersten 3—4 Tage die Brust sehr schmerzhaft und gespannt, doch liess diese Erscheinung in den nächsten Tagen nach. Verf. bedauert aus Mangel einer präcisen Diagnose die Brustwarze mit entfernt zu haben. Zwei Holzschnitte erläutern den Befund. **Pilz** (Stettin).

D. Duckworth. On the relief of toothache by bicarbonate of soda.

(The Practitioner 1875. April.)

In einem Falle heftigster Zahnschmerzen (Caries) blieb die locale Application von Chloroform und Carbolsäure erfolglos, während nach Anwendung von doppelt kohlensaurem Natron die Schmerzen augenblicklich und für immer aufhörten (½ Drachme: 1 Unze Wasser). In solchen Fällen, wo alkalinische Mundwässer die Schmerzen bei cariösen Zähnen erfolgreich bekämpfen, ist nach Verf. wahrscheinlich eine im Speichel oder überhaupt in der Mundflüssigkeit befindliche Säure die Ursache der Neuralgie.

Tillmanns (Leipzig).

B. W. Richardson. Lessons from surgical practice. — Hare-lip. —

(The Dublin Journal of med. science 1875. Mai. p. 377.)

R. berichtet über zwei Fälle von Hasenscharte, die er nach v. Langenbeck's Methode geheilt hat. In dem 1. war neben Wolfsrachen eine einseitige totale Spalte vorhanden, ebenso auch im 2. Falle, wo jedoch ausserdem sich auf der anderen Seite nuten ein kleiner Einkniff, oben eine weisse Narbe, als Rest einer intrauterin zu Stande gekommenen Heilung der Hasenscharte zeigte.

Als Einleitung dazu beschreibt er die Methoden von v. Langenbeck und Malgaigne, ebenso zwei nicht so allgemein bekannte Modificationen dieser Operation; Abbildungen erläutern gut die Auseinandersetzungen. Die eine von Sédillot mitgetheilte Modification frischt den einen Lippensaum an, während sie auf der anderen Seite den wie bei der v. Langenbeck'schen Methode abgeschnittenen Lappen in der Mitte theilt, die obere Hälfte zur Bildung des Nasenseptums, die untere zur Vereinigung mit dem gegenüber gelegenen Wundrand benützt. Nach der anderen von Collis angegebenen Methode, die besonders bei ungleicher Höhe der die Hasenscharte bildenden Ränder ausgeführt wird, theilt man auf der kürzeren Seite den Lappen ebenso, benützt aber die in die Höhe gezogene obere Hälfte nicht zur Bildung der Septum's sondern zur Vereinigung mit dem gegenüber gelegenen Wundrand, also zur Erhöhung der Lippe. Zeichnungen dazu sind im Original zu finden. — **H. Braun** (Heidelberg).

Jones. Schussverletzung des Magens und der Niere.

(Bost. med. and. surg. Journal 1875. Vol. II. p. 175.)

Unter vorstehender, wohl anfechtbarer Diagnose berichtet J. kurz über folgenden Fall. Bei Entladung eines Pistols drang eine Kugel in der Gegend der Cardia des Magens ein und soll nun durch die Gegend der linken Niere gegangen und unter der Rückenmuskulatur liegen geblieben sein; Entfernung am 2. Tage; profuses Bluthamen, Erbrechen hörte schon am 2. Tage auf; auch die Haematurie liess bald nach; am 12. Tage konnte Pat. ausreiten. **Pilz** (Stettin).

Heath. Eingeklemmter Nabelbruch, partielle Reduction, Darmruptur, Tod.

(British med. Journal 1875. Vol. II. p. 298.)

Eine 62jährige Frau hatte vor 3 Jahren eine kleine, allmälig zunehmende Schwellung der Nabelgegend bemerkt, eine eingetretene Einklemmung war leicht behoben. Jetzt zeigte der seit 2 Tagen acut eingeklemmte Bruch eine derartige Grösse, dass 2 Hände die 3lappige Geschwulst kaum umgreifen konnten. Nach Aetherisation und Anwenduung des Aspirators (braune Flüssigkeit wurde entfernt) liess sich der Bruch nicht reponiren; jetzt wurde eine elastische Binde um denselben und Eis auf ihn gelegt; als am folgenden Tage die Geschwulst ungeändert blieb, wurde die Binde von Neuem umgelegt; alsbald erfolgte Collaps und Tod.

Section: In der kleineren Abtheilung des Bruchs befand sich nur Netz, die grösste enthielt fast das ganze Ileum, einen Theil Jejunum und 1 Zoll Colon transv. Das letztere stark mit Faeces erfüllt, zeigte eine Rupturstelle. In der 3. Abtheilung befand sich etwas Dünndarm; die Därme waren dunkelroth gefärbt, miteinander und mit dem Bruchsacke verwachsen; es bestand allgemeine Peritonitis.

Pilz (Stettin).

Carmichael. Extensive abdominal wound.

(Chicago med. Journal and Exam. 1875. p. 733.)

Ein 72jähriger Mann war von einem Ochsen in die rechte Seite gestossen worden; die Wunde verlief quer 7 Zoll lang. Wiederholter Vorfall von Darm und Netz. Eine Stunde später Naht. Heilung ohne Peritonitis mit nur oberflächlicher Eiterung in 12 Tagen unter Wasserumschlägen. **Ranke** (Halle).

Thomson. Stricture of the urethra; internal Urethrotomy.

(The Dublin Journal of med. science 1875. August. p. 171.)

T. demonstrirte der Dubliner pathol. Gesellsch. das Präparat eines Patienten, der früher an Phthisis behandelt war und vor 10 Tagen plötzlich Schmerzen im Leib und Harnverhaltung bekommen hatte. Katheter einzuführen war damals unmöglich. Ein kleiner Tumor am Damm war fühlbar, Scrotum mit Harn infiltrirt. Innerer Urethralschnitt. 8 Tage nach der Aufnahme unter Brusterscheinungen Tod.

Section ergab einen wallnussgrossen chronischen Abscess, der auf pars membranacea und bulbosa drückte und in erstere mit feiner Oeffnung durchgebrochen war. **H. Braun** (Heidelberg).

J. Bell. Lepra anaesthetica des linken Arms. Exarticulation. Heilung.

(The Lancet 1875. Vol. II. p. 420).

Die 34jährige Frau, welche nie ausserhalb Edinburg gelebt hatte, keine Spur von Syphilis zeigte, mit einem gesunden Manne verheirathet war, bemerkte vor 4 Jahren knotige Geschwülste unter der Schulter, die später auch am Arme auftraten, dann ulcerirten und schliesslich vernarbten; nach 2 Jahren erfolgte eine neue Eruption, welche sich auch über Vorderarm und Hand ausbreitete. Jetzt ist der Arm im Ellenbogen rechtwinklig anchylosirt, atrophisch, die Haut desselben in ein Narbengewebe umgewandelt, welches bei geringem Reize wieder aufbricht. Die Hand erscheint hypertrophisch, die Finger knollenartig verunstaltet, der 3. und 4. am Nagelgliede exulcerirt, sondert fötide Flüssigkeit ab. Nach der Exarticulation im Schultergelenk, die gut verlief, erholte sich Pat. ersichtlich.

Pilz (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 51. **Sonnabend, den 18. December.** **1875.**

Untersuchungen über die Lymphgefässe der Gelenke.

Von

Dr. **H. Tillmanns,**

Privatdocent für Chirurgie in Leipzig.

Unter der Leitung von Herrn Prof. Ludwig habe ich im physiologischen Institute zu Leipzig experimentelle und histologische Untersuchungen über die Lymphgefässe der Gelenke angestellt, deren Resultate ich hier kurz mittheilen möchte. In einer früheren, ebenfalls im hiesigen physiologischen Institute vollendeten Arbeit (»Beiträge zur Histologie der Gelenke«, Max Schultze's Archiv für mikrosk. Anatomie Bd. X. p. 424) hatte ich mir eine spezielle Mittheilung über die vorliegende, damals noch nicht abgeschlossene Frage vorbehalten.

Die Lymphgefässe der Gelenke sind meines Wissens noch nicht genauer beschrieben worden. Besonders sind es Ludwig, Schweigger-Seidel und Böhm, welche sich vergebens bemüht haben, den Verlauf der Lymphwege an der Innenfläche der Synovialmembranen festzustellen.

Weil ich bereits früher an menschlichen und thierischen Gelenken (Hund, Kaninchen) ohne Erfolg versucht hatte, durch directen Einstich in das Gewebe mittelst feinster Kanülen die Lymphwege zu injiciren, so schlug mir Herr Prof. Ludwig vor, nochmals seine von ihm und Schweigger-Seidel bereits früher, aber erfolglos angewandte Methode zu erproben, nämlich die Gelenkhöhlen mit gefärbten Flüssigkeiten anzufüllen und darauf durch Beugen und Strecken der Extremität die Farbmassen in die Lymphbahnen zu treiben. Nach dieser Richtung hin habe ich nun Experimente an Gelenken von Hunden angestellt. Es wurde z. B. der Oberschenkel des frisch getödteten Thieres etwa in der Mitte amputirt, dann durch die Markhöhle mittelst eines spitzen Meissels der Zugang zum Kniegelenk gebahnt; die Gelenkkapsel blieb auf diese Weise vollständig unverletzt.

Bevor die flüssigen Farbmassen (gelöstes Berlinerblau, Alcanin) in das Gelenk gebracht wurden, habe ich die Synovia durch eine demnächst an anderer Stelle näher zu beschreibende Methode mittelst $1/2$% Kochsalzlösung auszuwaschen versucht. Es geschah dieses deshalb, weil es in den von Ludwig angestellten Versuchen den Anschein gehabt hatte, als ob die Synovia ein Hinderniss für das Gelingen des Experimentes abgebe. Die Kochsalzlösung wurde sodann durch destillirtes Wasser eliminirt, um eine Fällung des Berlinerblau in der Gelenkhöhle zu verhindern. Nachdem alsdann das Gelenk mit dem flüssigen Farbstoff gefüllt und die Markhöhle des Knochens resp. das Gelenk fest und sicher abgeschlossen war, versuchte ich 1—2 Stunden lang durch Strecken und Beugen der Extremität die gefärbten Flüssigkeiten in die Lymphwege des Gelenks einzupumpen. Auf diese Weise ist es mir aber ebenso wenig wie Ludwig gelungen, die Lymphgefässe darzustellen; stets erhielt ich nur diffuse, verschieden tiefgehende Vertheilung des Berlinerblau, des Alcanin im Gewebe der Synovialis. Nur im intermuskulären Bindegewebe des Oberschenkels beobachtete ich Lymphgefässstämmchen, welche mit den genannten Farbstoffen gefüllt waren. In den Versuchen mit Alcanin liess ich die Gelenke gefrieren und machte dann Durchschnitte in verschiedensten Richtungen. Statt Berlinerblau und Alcanin habe ich auch Orleans angewandt, ebenfalls ohne Erfolg.

Sodann habe ich lebenden Hunden Berlinerblau oder indigoschwefelsaures Natron, z. B. in die Knie- und Ellenbogengelenke injicirt und dann Pumpbewegungen angestellt, ebenfalls ohne Erfolg. — Weil es mir nun durch Versuche auf die angegebene Weise unmöglich schien, zum Ziele zu gelangen, so wählte ich wieder die Methode des directen Einstichs in das Gewebe mittelst feinster Kanülen, welche u. A. Ludwig bei der Injection der Lymphwege an den Fascien und Sehnen angewandt hat. Als Material dienten jetzt Gelenke (Knie, Schulter, Metakarpo-Phalangealgelenke) von Ochsen und Pferden, weil meine Versuche bei Hunden und Kaninchen stets vergebens gewesen waren. Hier gelang es mir nun in der That, ein ungemein reichhaltiges Lymphgefässnetz in der Synovialis darzustel-

len. Als Injectionsflüssigkeiten dienten $1/_2$% Silberlösung und gelöstes Berlinerblau. Die Lymphgefässnatur der injicirten Gefässräume wurde durch Controll-Injectionen der Blutgefässe und an Querschnitten festgestellt. An letzteren sah man, besonders nach Entfernung des Berlinerblau durch Zusatz von Kal. caust. (unter dem Mikroskop), dass die Injectionsmasse in regelmässigen, Endothel tragenden Canälen gelegen hatte.

Besonders wurde sodann die Verdauungsmethode angewandt, um das Verhältniss der Wandung des Lymphgefässes zum Nachbargewebe zu untersuchen. Als Resultat dieser Untersuchungen an mit Pepsinlösung verdauten Schnitten möchte ich mittheilen, dass mir ein directer Zusammenhang der elastischen Fasern des Bindegewebes mit den Endothelplatten des Lymphrohres höchst wahrscheinlich ist, ein Zusammenhang, welcher das Offenbleiben der Lymphwege beim Anschwellen des Gewebes und den Uebertritt der Gewebsflüssigkeiten in die Lymphbahnen erklärt, wie es z. B. Ludwig vermuthet (cf. Ludwig und Schweigger-Seidel, die Lymphgefässe der Fascien und Sehnen, Leipzig 1872 S. Hirzel). Bezüglich der von mir angewandten Verdauungsflüssigkeit erwähne ich, dass ich dieselbe nach den mir von Herrn Prof. Ludwig gemachten Angaben darstellte. Der Magen eines frisch getödteten Hundes wird 24 Stunden lang in destillirtem Wasser aufbewahrt, darauf die Schleimhaut sorgfältig von der Submucosa und Muskularis abpräparirt und dann in kleinste Stückchen zerschnitten. Letztere werden mit Glycerin übergossen und nach einigen Tagen filtrirt. Von dieser Verdauungsflüssigkeit fügte ich etwa 10—12 Tropfen und mehr zu etwa 30 Cc. einer in kleinen Gläschen befindlichen Salzsäurelösung (1 : 500), in welche die zu verdauenden, auf Korkplättchen ausgespannten Gewebsstückchen aufgestellt wurden; der Verdaungsapparat wurde bis auf 38,0 bis 40° C. erwärmt. So erhält man nicht selten sehr schöne Präparate: das fibrilläre Bindegewebe mehr oder minder homogen, durchsichtig, die elastischen Fasern und die Kerne dagegen sehr deutlich ausgeprägt. —

Bezüglich der allgemeinen anatomischen Anordnung der Lymphgefässe der Synovialmembranen bemerke ich kurz Folgendes: die oberflächlichsten Lymphgefässe finden sich direct unter dem Endothel. Die feinsten Capillarverzweigungen der Blutgefässe liegen nicht selten über den oberflächlichsten Lymphgefässen, so dass dieselben sich also zwischen das Endothel und die letzteren schieben. Ausdrücklich hebe ich hervor, dass natürlich auch die feinsten Capillaren unter dem Endothel liegen. Die subendothelialen Lymphgefässe wenden sich sodann in das tiefer liegende Gewebe, wo sie nicht selten, — ungemein zahlreich und weit, — die Blutgefässe umspinnen. An Querschnitten durch das Sehnengewebe wurden die injicirten Lymphgefässe bis in die feinsten Bindegewebs-Spalten verfolgt. —

Nach der Darstellung der Lymphwege durch Einstich habe ich nochmals versucht, von der Gelenkhöhle aus durch gefärbte Flüssigkeiten die Lymphwege der Synovialintima zur Darstellung zu bringen.

Durch die Güte des Herrn Prof. Thiersch hatte ich Gelegenheit, aus menschlichen Kniegelenken mit chronischem Hydarthros seröse Gelenkflüssigkeit durch Punction zu gewinnen; dieselbe wurde theils mit Carmin, theils mit Berlinerblau, oder schwefelsaurem Kupferoxydammoniak oder pikrinsaurem Natron gefärbt. Es wurden also möglichst günstige Bedingungen für die Resorption geschaffen. Weder durch die oben erwähnten Pumpbewegungen, noch durch elastische Einwicklung der Gelenke gelang es mir, netzförmige Lymphgefässzeichnungen an der Synovialintima von Hunden zu beobachten, sondern nur, wie in den obigen Versuchen, diffuse verschieden tiefgreifende Vertheilung der Farbmassen im Gewebe der Synovialmembran. Intermuskuläre Lymphgefässe am Oberschenkel sah ich dagegen auch hier zuweilen mit den in's Gelenk gebrachten Farbmassen erfüllt. —

Einen offenen Zusammenhang (Stomata) der Lymphwege der Synovialmembran mit der Gelenkhöhle, wie an den übrigen serösen Häuten (Peritoneum, Pleura), habe ich vorläufig noch nicht darthun können. Weshalb es mir nicht gelungen, von der Gelenkhöhle aus durch Beugen und Strecken der Glieder die Lymphgefässe der Synovialis mit Farbmassen zu füllen, weiss ich nicht genau anzugeben. Möglicher Weise dürfte der Inhalt aus den subendothelialen Lymphbahnen in die tieferen sehr rasch abfliessen; deshalb die beobachtete Füllung intermuskulärer Lymphgefässstämmchen am Oberschenkel der Hunde. Auch bei der Injection der Lymphgefässe durch Einstich hat man nicht selten Gelegenheit zu beobachten, dass die oberflächlicheren Gefässnetze nach einiger Zeit undeutlicher werden und in dem elastischen Gewebe ihr Inhalt in die tieferen Bahnen abfliesst. — Die Lymphgefässe der Gelenkkapseln habe ich niemals in den Knochen übertreten sehen. Diese Thatsachen weiter zu verfolgen, wird späteren Untersuchungen vorbehalten bleiben. Ebenso wenig habe ich in den Synovialzotten, im Knorpel Lymphgefässe beobachtet.

Schliesslich bemerke ich, dass ich bei der Untersuchung der Lymphgefässe der Gelenke auch meine früheren Angaben über die Histologie der Synovialis nochmals prüfte und ich kann erklären, dass ich dieselben in jeder Beziehung aufrecht halte, d. h. also, die Gelenkkapseln und Schleimbeutel gehören zu den serösen Häuten, haben an ihrer Innenfläche Endothel, welches die von mir früher beschriebenen (l. c.), durch die Localität bedingten Eigenthümlichkeiten zeigt. Wie an den übrigen serösen Häuten, so liegen auch an der Synovialintima die Blut- und Lymphgefässe unter dem Endothel. —

Diese kurzen Mittheilungen mögen hier genügen, eine ausführliche Darlegung meiner Untersuchungen wird demnächst an anderer Stelle erfolgen. — Herrn Prof. Ludwig, welcher meine Arbeiten gütigst leitete, fühle ich mich zu aufrichtigstem Danke verpflichtet. —

O. Haab. Ueber Knochenwachsthum und dessen künstliche Steigerung.

(Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte in Zürich. VI. Sitzung 1875.)
(Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte 1875. No. 19.)

Die vom Verf. angestellten Versuche über Knochenwachsthum ergaben, dass wenigstens für die Tibia ein interstitielles Wachsthum nicht anzunehmen sei. In den Knochen eingetriebene Metallstifte, bei noch so langer Dauer der Versuche, blieben stets in der gleichen Entfernung von einander, aber kamen nach und nach in die Markhöhle zu liegen. Dasselbe geschah einige Male mit zwischen Periost und Knochen geschobenen Silberplättchen. Silberringe um den Knochen liefern keine zuverlässigen Resultate, weil sie zu sehr reizen und zu pathologischen Veränderungen führen. Aus dem Eindringen der Stifte schliesst Verf., dass Resorption von der Markhöhle und Apposition vom Periost her stattfinde.

Die gleichen Versuche zeigten ferner, dass wenn man die Stifte in der Mitte eingetrieben hatte, sehr oft der betreffende Knochen, entsprechend den vor längerer Zeit bereits mitgetheilten Erfahrungen v. Langenbeck's, nach einiger Zeit länger erscheint, als auf der gesunden Seite; hatte man die Stifte hingegen ganz nahe der Epiphyse angebracht, so trat oft Verkürzung des Knochens ein. Obiges Verhalten bleibt aber nicht auf den operirten Knochen localisirt, sondern auch der nächst oberhalb gelegene, das Femur, nimmt an der Verlängerung resp. Verkürzung Theil.

Girard (Bern).

Chirurgischer Bericht des St. George's Hospital für 1873.

(George's Hospital Reports Vol. 7. p. 319.)

Von 2048 (?) Patienten, darunter 1285 Männer und 760 Frauen starben 79 Männer und 28 Frauen; 8 wurden fast sterbend eingebracht; die Mortalitätsziffer beträgt mithin 4,8 %, die mittlere Aufenthaltsdauer 29,3 Tag.

Von 728 Verletzungen mit 48 Todesfällen betreffen, abgesehen von 22 Verbrennungen (7 †), den Kopf 172 (17 †), Gesicht 1, Rücken 40 (3 †), Hals und Nacken 7 (darunter 3 Selbstmörder. 1 †), Brust 40 (4 †), Unterleib 14 (1 †), obere Extremitäten 58 (3 †) und untere Extremitäten 353 (17 †). Von 24 complicirten Fracturen starben 8 (1 Oberschenkel-, 6 Unterschenkel- 1 Vorderarmfractur mit Tetanus). Von grösseren Operationen sind zu nennen: Amputationen und Exarticulationen 17 (5 †), Resectionen 9, Necrotomieen 24, Uranoplastik 4 (2 mit vollem Erfolge), 1 Lithotomie, 1 Colotomie (1 †); 1 traumatisches Aneurysma der Radialis wurde durch Unterbindung beider Gefässenden geheilt. Von 16 eingeklemmten Brüchen bei 7 Männern und 9 Frauen betrafen 2 Inguinalhernien Frauen und starben an Peritonitis nach der Operation 5. (3 M. und 2 Fr.)

Pilz (Stettin).

Hansen. Fälle aus der Praxis (mit Vorstellung).

(Mittheilungen für den Verein Schleswig-Holst. Aerzte 1875. Juli. Hft. 5.)

Resection des rechten Ellenbogengelenkes wegen traumatischer Gelenkvereiterung, 6 Wochen nach der Verletzung bei einem jungen Mädchen. Vom Humerus 11, von der Ulna 5 Ctm. entfernt. Behandlung im Gypsverband. Keinerlei Nachbehandlung, aber bei fortdauernder eigener Uebung der Kranken sehr gutes functionelles Resultat. Sie verrichtet ohne Anstrengung alle Arbeiten einer Dienstmagd auf dem Lande.

2) Ein halbjähriges Kind zeigte 5 Groschen- bis Thalergrosse Teleangiectasieen auf beiden Seiten des Gesichts, von denen die eine die halbe Unterlippe einnahm, sich in den Mund hinein erstreckte und am Gaumensegel endete. Die andere Bankthalergrosse, über dem Niveau der Haut erhabene, sass vor dem linken äusseren Gehörgang einer tiefer gelegenen erectilen, beim Schreien des Kindes anschwellenden Geschwulst auf. Zwei weitere erstreckten sich zollbreit vom Unterkieferrande bis zur 2. Rippe. Ausserdem eine ganze Anzahl kleinerer an den unteren Gesichtstheilen. Die Teleangiectasieen waren bald nach der Geburt als kleine flohstichartige rothe Flecke zuerst bemerkt worden und hatten seitdem die beschriebene Entwickelung erreicht. — Durch 3malige Operation wurde ein Theil der Geschwülste mit dem Messer entfernt, dann aber, als das Kind durch Bronchialkatarrhe und Durchfälle sehr herunterkam, die weitere Behandlung aufgegeben.

Nach 2 Jahren wird das Kind bei einer öffentlichen Impfung wieder vorgestellt. Alle Teleangiectasieen waren verschwunden, anstatt ihrer sah man hin und wieder im Gesicht, besonders aber am Halse, grössere runzelige Stellen von hellgelber Farbe. Nach Aussage der Mutter war diese spontane Heilung schon $^1/_2$ Jahr nach der letzten Operation vollendet gewesen.

Verf. fügt hinzu, dass er nicht ganz selten beobachtet habe, wie grosse, anfangs rasch gewachsene Teleangiectasieen plötzlich im Wachsthum innehalten können, um in überraschend kurzer Zeit mit Hinterlassung eines gelben runzligen Fleckes und event. einer deutlichen Atrophie der darunter gelegenen Weichtheile ganz zu verschwinden. Namentlich habe er bei Impflingen zuweilen kleine gelblich pigmentirte Stellen gefunden, an denen die Haut welk, runzlig und ihrer Elasticität beraubt gewesen sei. Die Anamnese habe dann fast regelmässig die Entwickelung derselben aus anfangs rasch wachsenden Teleangiectasieen ergeben.

Die Mutter des oben erwähnten Kindes leidet zufällig an einem durch einen ungeschickten Aderlass veranlassten Varix aneurysmaticus der Ellenbeuge, welcher in den ersten Monaten ihrer Schwangerschaft ausgeführt wurde. **Schede** (Berlin).

J. Scheff. Ueber Zahnfleisch- und Wangen- oder Bakkenfisteln.

(Wiener med. Presse 1875. No. 32,.)

In dem sonst nur Bekanntes enthaltenden Aufsatze macht Verf. besonders auf das Vorkommen von Fisteln an ungewöhnlichen Stellen aufmerksam. Dieselben können am harten Gaumen (nahe den Zähnen), in der Nasenhöhle, der Highmorshöhle, am inneren Augenwinkel ausmünden und im letztern Falle eine fistul. sacc. lacrym. vortäuschen. Im Extrem kann die jauchige Infiltration bis zu den Schädelknochen dringen und Tod durch Basilarmeningitis herbeiführen. Auch an noch entfernteren Körpertheilen, Hals, Nacken, Brust werden derartige Fisteln beobachtet.

Wurzelperiostitis und Fistelbildung sind auch bei Milchbackenzähnen häufig; dieselben müssen alsbald extrahirt werden, da leicht Kiefernekrose entsteht, wodurch die Existenz der bleibenden Zähne bedroht wird. **Fr. Steiner** (Wien).

B. v. Langenbeck. Totalexstirpation des Kehlkopfs mit dem Zungenbein, einem Theil der Zunge, des Pharynx und Oesophagus.

(Demonstration des Präparates in der Sitzung der Berl. med. Gesellschaft am 28. Juli 1875.)

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 33.)

Ein Kehlkopfcarcinom hatte so bedeutende Ausdehnung erlangt, dass v. L. ausser dem ganzen Kehlkopf nebst der Epiglottis das Zungenbein, das hintere Dritttheil der Zunge, den vorderen und seitlichen Abschnitt des Pharynx nebst den beiden Arcus pharyngopalatini und einen kleinen Theil des Oesophagus fortnehmen musste. Der Fall betraf einen 57jährigen Pat., der seit vier Jahren an Heiserkeit gelitten hatte. Unter Suffocationsanfällen kam er zur Klinik, wo zunächst die obere Tracheotomie ausgeführt wurde. Hustenanfälle und reichliche Expectoration eitriger Sputa folgte während der nächsten 10 Tage. Darnach heilte die Operationswunde bis auf die Trachealfistel, in welcher die Kanüle lag; der Kehlkopf nahm an Umfang und Empfindlichkeit bei Druck zu. Die Inframaxillardrüsen rechts geschwollen, ebenso die Epiglottis und Ligg. ary-epiglottica, so dass laryngoskopisch die obere Kehlkopfshöhle und die Rima glottidis unzugänglich waren. Die empfohlene Exstirpation des Kehlkopfs wurde anfangs verweigert und erst nach einem halben Jahre vorgenommen. Es war bis dahin die Respiration durch die Trachealkanüle frei geblieben, aber der Deglutitionsact schliesslich so behindert, dass nur noch flüssige Nahrung genommen werden konnte; die Geschwulst und die Lymphdrüsen in der Inframaxillargegend beider Seiten waren sehr gewachsen. Die Exstirpation des Kehlkopfes erfolgte in der Narkose mit Zuhülfenahme der Tamponkanüle, welche eingelegt

wurde, nachdem die Trachealöffnung nach unten zu erweitert worden war. Ein querverlaufender Hautschnitt, 2 Ctm. oberhalb des Zungenbeins, von einem Kopfnicker zum andern reichend, und ein Längsschnitt von seiner Mitte abwärts bis dicht an die Trachealfistel, gestatteten die Haut in zwei Lappen zur Seite zu präpariren und den Kehlkopf frei zu legen. Die Lymphdrüsen wurden exstirpirt, Mm. mylohyoideus, digastricus und hypoglossus oberhalb des Zungenbeins durchschnitten, die aa. lingual. unterbunden. Wegen Erkrankung betreffender Theile musste die Rachenhöhle eröffnet werden. Ein scharfer Haken zog am Zungenbein den Kehlkopf nach vorn und unten, ein durch die Zungenspitze geführter Faden diese nach vorn; die Zungenwurzel wurde dann von der Halswunde aus 2 Ctm. über dem Zungenbein durchschnitten. Seitlich drang man neben Zungenbein und Schildknorpel in die Tiefe; die aa. thyreoideae sup. wurden unterbunden, die seitliche Pharynxwand ward durchschnitten, ebenso die Arcus pharyngo-palatini und beiderseits die Carotis ext. unterbunden und getrennt. Ferner waren durchschnitten die nn. linguales und hypoglossi. Schliesslich hing der Kehlkopf nur noch mit der Luftröhre zusammen, welche dicht über der Cartilago cricoidea durchtrennt wurde, so dass die Tamponkanüle in der Trachealfistel liegen blieb. Es folgt die im Original nachzusehende Beschreibung der grossen Operationswunde und der entfernten Theile. Nach Erwachen des Pat. wurde ihm durch das Schlundrohr Ungarwein eingeflösst; die Tamponkanüle durch eine gewöhnliche vertauscht. Die Ernährung erfolgte dreimal täglich durch die Schlundsonde. Die völlige Heilung war zur Zeit des Berichts noch abzuwarten, bei welcher vielleicht Schlingvermögen wiederkehrt und ein künstlicher Kehlkopf eingelegt werden kann. Hervorzuheben ist, dass die im v. L.'schen Falle vorausgegangene Tracheotomie es gestattete, von vornherein die Narkose anzuwenden. Ferner erlaubt v. L.'s Verfahren, alle Gefässe von obenher frei zu legen und zu unterbinden, also die Blutung auf ein Minimum zu beschränken. Bei Billroth's Schnittführung, die auch Schmidt anwandte, wird kein Querschnitt, nur ein vom Zungenbein aus senkrecht herabsteigender Schnitt geführt und die Herauslösung des Kehlkopfes mittelst Durchschneidung der Trachea von unten her vorgenommen. Ueber die im Original angegebene Beschreibung des Geschwulstpräparates ist daselbst nachzulesen.

v. Mosengeil (Bonn).

Michel. Neue Beobachtungen über das Verhalten der Rachenmündung der Tuba und über die Thätigkeit der Musculatur des Schlundkopfes.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 41 u. 42.)

Verf. bringt zu seinen früher mitgetheilten einige neue Resultate, die er theils durch directe Besichtigung des Schlundgewölbes mittelst des Speculum gewonnen (er empfiehlt das durch Voltolini modifi-

cirte Charrière'sche), theils durch Ansetzen des Spiegels an das Schlunddach, oder auf rhinoskopischem Wege erzielte.

Bei einem 20jährigen Patienten, der seit seiner Kindheit an Ozaena gelitten und schon im 7. Jahre nekrotische Knochen aus der Nase verlor, wurde der letzte Sequester von M. entfernt, wonach die ganze knöcherne Scheidewand, crista nasi, die Muscheln und das knorpelige Septum bis auf einen schmalen Streifen vorn fehlten. Man konnte das Gewölbe in seiner ganzen Breite von einem Tubenwulste bis zum anderen und den Ansatz des Gaumensegels in seiner ganzen Breite sehen. M. konnnte daher die Veränderungen beobachten, welche an den Tubenöffnungen und am Velum beim Schlucken und Tonangeben erfolgten. Die bei Tonsillenhypertrophie oft bestehende Schwerhörigkeit, welche oft nach Exstirpation der Mandeln beseitigt wird, ist nach M. darauf zurückzuführen, dass die Tubeneingänge wegen der sie comprimirenden Tonsillengeschwülste beim Schlucken nicht mehr geöffnet werden können. — Beim Intoniren hoher Töne, besonders beim Singen und Halten derselben, steigt das Velum hoch empor, falls nicht auch hier Geschwulst oder Schwellung der betreffenden Partieen ein Hinderniss abgiebt. Am genannten Patienten konnte Verf. auch, — was von Anderen noch nicht geschehen, — einen Spiegel an den Schädelgrund bringen und so den ganzen Schlund bis zur Stimmritze herab betrachten und die Vorgänge beim Sprechen, Schlucken und die Stelle, wo die Wände des Schlundkopfes in Berührung treten, beobachten. Die letzteren Resultate stehen mit Passavant's Ansichten über die Verschliessung des Schlundes beim Sprechen in Gegensatz. Ueber die Details, sowie einen vom Verf. nach dem Princip der Leroy'schen Curette construirten Spiegel zur Besichtigung der oberen Fläche des Velum und hinteren Nasenpartie ist im Original nachzulesen.

v. Mosengeil (Bonn).

Sayre. Deformities of the spine: posterior angular curvature. Treatment by a new method.

(New York med. Journal 1875. p. 225.)

Verf. behandelt ausführlich Ursachen und Diagnose der Verkrümmungen des Rückgrats durch cariöse Processe der Wirbel, ohne in dieser Beziehung wesentlich Neues vorzubringen. Nach seinen Erfahrungen sind sie mit wenigen Ausnahmen traumatischer Natur, wenn auch Ursache und diagnosticirbare Wirkung häufig zeitlich weit von einander abstehen.

Die früher von ihm benutzte Taylor'sche Maschine hat nach seiner Ansicht den Fehler, dass sie beim Essen die Kieferbewegungen auf den leidenden Theil überträgt. Um dies zu vermeiden, bringt er im Nacken einen gebogenen Bügel an, der sagittal verlaufend bis zum Scheitel reicht und hier eine kurze Querstange trägt, welche sich der Rundung des Kopfes sanft anschliesst. Von ihren Enden aus laufen elastische Gummiriemen um Kinn und Hinterkopf. —

Sind nur Brustwirbel erkrankt, so wird die Querstange an einem Stahlbogen befestigt, der von einer Schulter über den Kopf zur andern läuft und von Achselringen gehalten wird. Das Untergestell der T. Maschine fällt dann ganz fort.

Neuerdings übt S. bei Affectionen der Brust- und Lendenwirbel folgendes Verfahren. Er hängt das Kind in Schlingen auf, die beiderseits unter die Achsel greifen. Dann wird es vom Gesäss aufwärts bis unter die Arme mit Flanell umwickelt und hierüber ein fester Gypsverband angelegt. Sobald dieser erhärtet, wird das Kind aus seiner Aufhängung befreit und kann nun ohne Schaden und Schmerzen umhergehen. Athmung, Verdauung und andere Functionen sollen durch diesen Panzer in keiner Weise behindert werden. Die Erfahrungen von S. über diesen Verband erstrecken sich jedoch erst über die Monate Juni bis September dieses Jahres.

Bei der Inspiration sollen Damm und Anus sich hervorwölben, weshalb es nothwendig sei, den Pat. beim Sitzen ein Kranzkissen unterzulegen.

Verf. glaubt, dass dieses Verfahren die theuren und unsicheren Maschinen bald gänzlich aus dem Felde schlagen wird.

Hurm (Bonn).

W. Rivington. Bemerkungen über Trennung des Handgriffs vom Körper des Brustbeines.

(Lond. med. chir. Transact. 1874. p. 101.

Luxation des Handgriffs und Fractur des Brustbeins, nicht selten unter letzterer Bezeichnung zusammengefasst, zeigen regelmässig das Manubrium hinter dem Corpus sterni gelagert; gleichwohl hängt es nur von der Applicationsstelle und Richtung der einwirkenden Gewalt und von der relativen Stärke des Sternalgelenks und der Festigkeit des Knochens ab, ob eine Luxation oder Fractur entstehen wird. Häufig sind diese Verletzungen mit Bruch der Wirbelsäule complicirt. Wenn auch die Entstehungsursache allgemein auf theils directe, theils indirecte Gewalt zurückgeführt wird, so gehen jedoch über den Vorgang bei letzterer die Ansichten sehr auseinander. Was nun die Continuitätstrennungen des Brustbeins anlangt, so fand man bis auf den Fall Sabatier's jedesmal an dem hinter dem Corpus sterni gelegenen Manubrium die beiden ersten Rippen in normaler Befestigung und die an der Hinterseite befindliche starke Periostlage abgestreift, aber unzerrissen, beide Knochentheile mit einander verbindend. Für das Zustandekommen beider Verletzungen bei Complication mit Bruch der Wirbelsäule, nehmen einige Beobachter mit Recht an, dass das stark zum Brustbeine herunter und angedrängte Kinn als indirecte Ursache in einer Reihe von Fällen anzusehen sei; in der Mehrzahl derselben aber wird die starke Dorsal-Flexion oder Extension das ursächliche Moment abgeben. Hierbei wird die die Wirbelsäule treffende Gewalt durch die Rippen hebelartig auf das Brustbein über-

tragen und da die unteren 5 Rippen grössere Hebel und beweglicher sind, so geschieht hierdurch die Abtrennung und Verschiebung des Brustbeinkörpers. Diese Erklärung dient auch für die Fälle, welche bisher durch Contre-coup erklärt wurden. Bei einseitig auf den Rücken wirkenden Gewalten oder bei Compression des Brustkorbs treten zu dieser Hebelwirkung noch das Rotationsvermögen derselben wirksam hinzu. Der Grund, warum gerade an der Verbindungsstelle des Manubrium und Corpus die Trennung erfolgt, liegt im anatomischen Baue dieser Gegend. R., welcher eine gelenkartige Verbindung dieser Stelle zuerst bei der Section eines Verletzten mit Dislocation des Handgriffs auffand, erkannte später, dass schon Maisonneuve darüber Beobachtungen mitgetheilt habe. Darnach findet sich zwischen Manubrium und Corpus entweder eine fibro-cartilaginöse Zwischensubstanz, deren Elasticität eine geringe Beweglichkeit beider Stücke gestattet, »Amphiarthrosis«, oder die sich zugewandten Enden beider Knochenstücke besitzen überknorpelte Flächen und bilden eine »Diarthrodie«. An dieser Verbindungsstelle wird die Knochenhaut des Brustbeins durch feste fibröse und sehnige Faserzüge verstärkt, die besonders stark an der Vorderfläche sind und hier von sehnigen Ausstrahlungen des M. sternocleidomast. und pectoralis herrühren; obwohl diese Faserzüge, an der hinteren Fläche meist in Längsrichtung verlaufend, schwächer als die vielfach querziehenden an der vorderen Seite sind, so pflegen sie doch selten durchzureissen, weil die von hinten her wirkenden Gewalten durch die Rippen hebelartig auf das leicht convexe Brustbein übertragen werden, welches gerade an der Verbindungsstelle seinen höchsten Punct hat. Dass in der Regel das Periost bis zur Höhe der 3. Rippe abgestreift wird, hat darin seinen anatomischen Grund, dass dasselbe bis zur 3. Rippe lose angeheftet ist, unter ihr wieder fester verbunden erscheint. Während Maisonneuve die »diarthrodiale« Form häufiger fand, sprechen R.'s Untersuchungen für eine grössere Verbreitung der »amphiarthrodialen«, denn unter 100 Brustbeinen zeigten

51	Arthrodie:	26 Männer, 17 Frauen, 4 Knaben, 4 Mädchen.
26	Diarthrodie:	22 - , 9 - , 9 - .
6	Ossification:	4 - (Alter 30, 36, 53, 65 J.), 2 Frauen (73, 76 J.)
11	Zwischenformen:	9 - , 2 Frauen.

Einige Krankheits- und Sectionsberichte werden zur Erhärtung des Gesagten näher zergliedert. **Pilz** (Stettin).

Mackey. On empyema in children.

(Med. tim. and gaz. 1875. September 29. p. 355.)

Klinischer Vortrag über das Empyem bei Kindern. Der Erguss bei der im ganzen seltenern Pleuritis der Kinder ist relativ häufig ein eitriger; unter 44 in den letzten 5 Jahren in's Kinderhospital zu Birmingham aufgenommenen Pleuritiden waren 13 Empyeme (40 %),

während die Zahlen aus Hospitälern für Erwachsene nur gegen 5 % aufweisen. Die operative Behandlung giebt eine bessere Prognose als bei Erwachsenen. M. zieht bei Kindern einen einfachen Schnitt vor; eine Drainageröhre sorgt für leichten Eiterabfluss; Ausspülung der Pleurahöhle mit Carbollösung. Die Krankengeschichten dreier geheilter Fälle sind beigefügt.

Ranke (Halle).

J. Cohnheim. Congenitales quergestreiftes Muskelsarcom der Nieren.

(Virch. Archiv Bd. LXV. p. 64.)

Bei einem einjährigen Mädchen entwickelte sich in der linken Lumbargegend eine Geschwulst, die rasch wuchs, das Zwerchfell aufwärts, die Därme nach rechts drängte, die Harnblase völlig comprimirte und bei dem 3 Monate später erfolgenden Tod die Bauchhöhle fast total ausfüllte. Die Section zeigte, dass der Tumor aus der linken Nierensubstanz nach innen und vorn hervor gewachsen war. Von dieser Niere selbst war mehr als die Hälfte erhalten, welche als kleines glattes Anhängsel dem Rande der Geschwulst aufsass. Die rechte im übrigen normal grosse Niere war der Sitz eines kleinen Tumors. Die Schnittflächen der aus einer grossen Zahl meist rundlicher Knollen zusammengesetzten Geschwülste erinnerten theils an markige Knochensarcome, theils an grosse Fibromyome des Uterus. Die mikroskopische Untersuchung dagegen zeigte die Geschwulst zum bei Weitem grössten Theil aus quergestreiften Muskelfasern zusammengesetzt. Nur einzelne Knoten haben den typischen Bau des Rundzellensarcoms, einzelne sind Mischungen beider Structurformen. — Die Wichtigkeit des Falles liegt theils in der Grösse und Massenhaftigkeit der muskulären Neubildung, theils darin, dass in der Niere noch nie eine quergestreifte Muskelfasern haltende Neubildung gesehen wurde. Der Umstand, dass in beiden Nieren die gleiche Erkrankung auftrat, spricht für die Auffassung des Processes als vitium primae formationis. Da die erste Urogenitalanlage unmittelbar neben den Urwirbelplatten gelegen ist, aus denen sehr beträchtliche Theile der Stammmuskulatur ihren Ursprung nehmen, so vermuthet C., dass vermöge einer fehlerhaften Abschnürung einige von den Muskelzellen sich von Anfang an der ersten Urnierenanlage beiderseitig beigemischt haben, die hernach in den schon fertigen Nieren zu pathologischer Entwicklung gelangt sind. —

Madelung (Bonn).

O. Silbermann. Die brüske Dilatation der weiblichen Harnröhre.

(Inaug.-Diss. Breslau 1875. 23 S.)

Nach einer historischen Uebersicht über die Entwicklung dieser Methode, um deren Ausbildung sich Simon ein besonderes Verdienst erworben hat, werden unter Zugrundelegung von meist schon veröffent-

lichten Krankheitsfällen die diagnostischen und therapeutischen Vortheile des Verfahrens kurz besprochen. Da diese bereits bekannt sind, so können sie hier wohl übergangen werden. In Bezug auf die Nachtheile der Methode geht unter Anderem aus der Zusammenstellung des Verf. hervor, dass auf 48 Fälle, in denen die Dilatation angewandt wurde, 8 Fälle von Incontinenz kommen.

A. Bidder (Mannheim).

Kleinere Mittheilungen.

Bristoler Königl. Hospital. Carbolintoxication, Injection von Ammoniak. Genesung.

(The Lancet 1875. Vol. II. p. 45).

Für die Pat. war zu äusserem Gebrauch eine Mischung von Carbolsäure mit Leinöl 1 : 10 verschrieben; dieselbe genoss davon unbemerkt ein Unzenglas voll, gestand nach 1/4 Stunde ihre Thorheit. Der sogleich herbeigerufene Arzt fand sie mit feuchter Haut, dilatirten Pupillen, schwachem Pulse, nur bei lautem Anrufen besinnlich; schnell wurde der Mageninhalt durch Magenpumpe so lange ausgewaschen als noch eine Spur von Oel auf dem Wasser sichtbar war. Während dieses Actes wurden die Erscheinungen schwerer; Pat. war ganz unbesinnlich, stark schwitzend, der unregelmässige Puls war unzählbar, jagend; wegen der vollen Erschlaffung der Schlund- und Halsmuskeln musste die Zunge dauernd mittelst Kornzangen vorgezogen gehalten werden. Da der Zustand fast aussichtslos erschien, so nahm man seine Zuflucht zur intravenösen Injection von etwas verdünntem Ammoniak: nach Einverleibung von 2 Tropfen hob sich vorübergehend der Radialpuls und besserte sich der Allgemeinzustand; eine 2 Injection hatte denselben Effect, die 3. Injection hatte bleibenden Erfolg; die Einspritzungen wurden in Zwischenräumen von 15 Minuten gemacht; ein gastrischer Katarrh in den nächsten Tagen war die einzige Folge. Der Urin wurde leider nicht untersucht.

Pilz (Stettin).

Lühe. Zur Aetiologie der Rose.

(Deutsches Archiv für klinische Medicin, Heft 1, p. 99.)

Verf. theilt drei Beobachtungen aus der Privatpraxis und dem Militärlazareth mit, aus denen er auf ein von dem Erysipelatösen ausgehendes und durch die umgebende Luft sich mittheilendes Contagium, ähnlich wie bei den exanthematischen Fiebern, schliesst, da er sich vergeblich bemühte in den betreffenden Fällen eine locale Quelle zu entdecken.

Schliesslich macht er noch auf die überall sich wiederholende Dauer der Incubation von drei Tagen aufmerksam.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

R. Davy. New inventions in surgical Mechanisms.

London, **Smith Elder & Co.**

In der 21 Seiten enthaltenden Broschüre vereinigt D. anderweitig von ihm publicirte und demonstrirte Instrumente und Bandagen und erläutert den Text durch zahlreiche Zeichnungen, welche besonders bei den beschienten Schuhen für Klumpfüsse zum leichteren Verständniss beitragen.

Pilz (Stettin).

de la Vega. Esquemia.

(Anfiteatro anatomico español 1875. No. 65.)

Esmarch's Methode soll im April 1874 von Montes und dann von Liccaga in Mexiko zum ersten Male ausgeführt worden sein.

Ullersperger (München).

Oré. Observation d'un cas de névralgie épileptiforme de la face, traitée par la section des nerfs nasal interne et nasal externe avec anesthésie produite par injection intra-veineuse de chloral.

(Comptes rendus T. 81. p. 244.)

Der Fall betrifft eine 51jährige Frau, deren Gesichts-Neuralgie seit 9 Jahren datirt und bei der nach fruchtloser Anwendung innerlicher Mittel vor 3 Jahren der N. infraorbitalis und dent. ant. resecirt wurde. Indess vermochte die Operation nur momentane Erleichterung zu verschaffen und nunmehr wurde Resection des N. nasalis int. et ext. beschlossen. Bei der an narkotische Mittel so gewöhnten Pat. konnte durch Chloroform eine Anaesthesie nicht herbeigeführt werden; deshalb wurde Oré ersucht, eine Chloralinjection in die Venen zu machen. In Gegenwart einer Anzahl Aerzte wurde von O. die Injection vorgenommen; nachdem Pat. 4,5 Chloral erhalten hatte (10 Minuten nach Beginn der Einführung), zeigte sich totale Anaesthesie; die nun vorgenommene Resection war in 11 Min. beendet. Während der ganzen Dauer der Operation bestand vollständige Anaesthesie und Analgesie; erst nach einer halben Stunde liess sie nach; es trat ruhiger Schlaf ein, aus dem Pat. von Zeit zu Zeit immer nur für einige Minuten erwachte. Am folgenden Tage Euphorie, es war auch nicht eine üble Erscheinung der überstandenen Narkose aufgetreten. Die Neuralgie des Gesichtes und Auges hat nachgelassen, die Schmerzen sind auf die Oberlippe beschränkt. Es ist weder Phlebitis, noch Thrombose, noch Haematurie vorhanden. **J. Munk** (Berlin).

G. H. Evans. Nitrite of amyl in facial neuralgia.

(The Practitioner 1875. September.)

Ausgehend von der Annahme, dass durch Inhalationen von Amylnitrit eine Lähmung der vaso-motorischen Nerven zuerst des Gesichts und dann des Rumpfes und in Folge dessen eine Vermehrung des Blutgehaltes in den kleinen Gefässen stattfinde, wandte Verf. das genannte Mittel in 3 Fällen von Gesichtsneuralgieen bei Anaemischen mit vollständigem Erfolge an. Die Inhalationen des genannten Mittels empfiehlt E. wegen der erwähnten Wirkungsweise für jene Fälle von Facial-Neuralgie, welche mit Anaemie verbunden und wahrscheinlich durch letztere verursacht sind. **Tillmanns** (Leipzig).

Rohden. Interessanter Fall von Croup des Larynx und der Trachea bei einer Erwachsenen.

(Deutsche med. Wochenschrift, Probenummer 1875.)

Der Fall ist bemerkenswerth wegen der ungewöhnlichen Grösse der expectorirten Membranen. Zuerst wurde ein 6,5 Ctm. langer und 1,5 Ctm. breiter Fetzen ausgehustet, der sich als Abguss von zwei Dritteln des Trachealrohres und einer Hälfte des Larynx (Stimmbänder, Morgagni'scher Ventrikel, Hälfte der Epiglottis deutlich erkennbar) erwies. In den nächsten Tagen noch mehrere ähnliche Abgüsse (z. B. andere Kehlkopfhälfte). Dabei kein Fieber, Allgemeinbefinden war ungestört, nur locale Symptome, d. h. Schmerzen beim Schlucken, Husten, mässige Dyspnoe, so dass Pat. ambulatorisch behandelt wurde. Affection blieb streng begrenzt, überschritt nicht den oberen Rand der Epiglottis. Unter der Anwendung von Inhalationen mit Aqua calcis und der internen Darreichung von Kal. chlor., war Pat. 5 Tage nach der ersten Expectoration von Croupfetzen vollständig geheilt. **Tillmanns** (Leipzig).

Wulckow. Beitrag zur Casuistik der Nabelneubildungen.

(Berl. klin. Wochenschrift 1875. No. 39.)

W. theilt einen Fall mit, in welchem nach einem Stoss in die Magengrube, den sich Pat. durch schnelles Gehen im Dunkeln beim Anrennen an einen steinernen Brückenpfeiler zuzog, heftige Schmerzen entstanden, die selbst Bewusstlosigkeit zur Folge hatten. Pat. wurde nie wieder ganz wohl und suchte wegen Verdauungsstörung und Schmerzen Hülfe. Die Leber schien vergrössert, und Druck in der Lebergegend schmerzte sehr. Am Nabel fand sich ein kleines Carcinom, das sich mit der Hautdecke von den unterliegenden Theilen abheben liess. Condurango

hielt den Tod nicht ab. Die Obduction ergab ein Magencarcinom, das mit dem des Nabels in keiner nachweislichen Verbindung stand. **v. Mosengeil** (Bonn.)

K. Kruk. Hernia adumbilicalis.

(Przegląd lekarski 1875. No. 40. polnisch.)

Die 27jährige Pat. bekam eine Hernie links vom Nabel bei der ersten vor 7 Jahren stattgehabten Schwangerschaft. — Jetzt, d. i. drei Tage nach der 4. Geburt, trat in der Hernie eine heftige Incarceration ein. Nach erfolglosen Taxisversuchen schritt Prof. Bryk zur Herniotomie, wobei sich zeigte, dass die Bruchpforte $1^1/_2$ Zoll vom Nabel entfernt war. Die beinahe schwarz gefärbte Darmschlinge wurde nach Einschneidung des incarcerirenden Ringes leicht reponirt, das degenerirte Omentum dagegen nach mehrfacher Unterbindung abgeschnitten. Heilung unter Lister'schem Verbande in 28 Tagen. **Obaliński** (Krakau).

Mears. Case of encysted dropsy of the peritoneum.

(Philadelphia med. times. 1875. No. 200.)

Eine 40jährige Frau bemerkte 3 Monate nach der sechsten, mit Placentaverwachsung und schwerer Blutung einhergehenden Geburt in der rechten Inguinalgegend eine frei bewegliche, leicht abzutastende, etwa eigrosse Geschwulst, welche innerhalb 7 Jahren das kleine Becken und den Bauch bis zum Nabel ausfüllte, eine glatte mit dem Peritoneum parietale offenbar verwachsene Oberfläche und undeutliche Fluctuation bei leerem Percussionston zeigte. Dabei Orthopnoe, schwache aussetzende Herzaction und Verfall der Kräfte ohne Fieber. —

Probe-Incision und Ablösung der vorderen Cystenwand vom Peritoneum, die im oberen Theile aus dem fibrinbedeckten grossen Netz, im unteren aus fest mit einander verklebten Darmschlingen gebildet wird. Eine Incision in diese Wand liefert 2 Gallonen Eiters und führt in eine Höhle, deren Wandungen zunächst aus mächtigen Fibrinlagen bestehen, hinter denen man Peritoneum nicht nachweisen kann. Reinigung der Höhle und Drainage derselben. Endresultat nicht angegeben. Die Angabe einer früher vorhandenen beweglichen Geschwulst in der Leistengegend liess Alles eher als einen abgesackten Abscess vermuthen; dass es sich nicht um eine vereiterte Ovariencyste handelte, lehrte der während der Operation gemachte Befund. **Wilh. Koch** (Berlin).

Ladmiral. Ausgedehnte Blase für Ovarialcyste gehalten.

(Bulletin de la société anatom. de Paris 1875. p. 24).

Die 32jährige Frau, deren Regel seit 4 Monaten ausgeblieben, die aber keine Schwangerschafts-Erscheinungen darbot, zeigte eine, angeblich in der letzten Zeit unter Schmerzen schnell gewachsene Geschwulst im Abdomen, welche in der Mittellinie gelegen, 4 Finger breit den Nabel überragte; der Muttermund war nicht abzureichen; ausserdem bestand Oedem der unteren Extremitäten und äusseren Genitalien; ein Blasegeräusch an der Herzspitze, seit 4 Tagen Athembeschwerden und leicht blutiger Auswurf. Die Diagnose wurde zweifelhaft gelassen, ob Schwangerschaft bestehe, allein oder neben ausgedehnter Blase, oder Ovarialtumor. Durch den Katheter wurden 2000 Grm. Urin entleert; darnach schien der Tumor sich etwas zu verkleinern, mehr Urin konnte aber nicht, selbst durch Pressen auf die Bauchdecken etc., erhalten werden. In einer der nächsten Nächte traten heftige Athembeschwerden und blutiger Auswurf auf; das Gesicht wurde cyanotisch, der Puls frequent, die Temperatur 36,5°, welche Erscheinungen der Compression der Geschwulst zugeschrieben wurden. Nachdem mittels Katheter die Blase entleert — nur 100 Grm. wurden gewonnen — erhielt man durch die Aspirationscanüle, welche 4" links unter dem Nabel, etwas nach rechts von der Mittellinie eingestochen war, 4,500 Grm. citrongelber, urinöser Flüssigkeit. Bei einem plötzlichen Hustenstosse fühlte man das Anstossen der Canüle an die Cystenwand, und alsbald kamen 50 Grm. leicht blutig tingirte Flüssigkeit. Die Erscheinungen änderten sich nicht. 6 Stunden später erfolgte der Tod. Section: Lungen vielfach angelöthet, enthalten viel Blut;

Valvul. mitral. atheromatös; Nieren blutreich, sonst normal; Nierenbecken und Ureteren sehr ausgedehnt, letztere bis auf 12 Ctm. Die in der Mittellinie gelegene Geschwulst von der Grösse eines einjährigen Kinderkopfs, wurde allein von der Blase gebildet; dieselbe war mit dem Peritoneum allseitig fest verlöthet; an ihrer hinteren Fläche ware eine kleine Arrosion der Mucosa zu erkennen, aber nicht die Punctionsstelle. Der Uterus im 3.—4. Monate der Schwangerschaft enthielt in seiner Wandung 2 nussgrosse Myome. **Pilz** (Stettin).

De Vos. Note sur un mode de traitement de l'uréthrite.

(Arch. médic. belges 1875. Heft 10. p. 256—59.)

Verf. empfieht eine gesättigte Lösung von Alumen ust., welche noch eine gewisse Menge des Pulvers im Ueberschuss suspendirt enthält, zu Injectionen Morgens und Abends nach der üblichen Vorschrift. **Arn. Hiller** (Berlin).

E. H. Bennett. Traumatic stricture of the urethra.

(The Dublin Journal of med. science 1875. August. p. 173.)

Fünfzehn Wochen vor Aufnahme in Sir P. Dun's Hospital zu Dublin hatte Patient, ein Matrose, auf einem Schiffe einen Schlag auf das Bein, wodurch er eine fractura tibiae et fibulae erlitt, und einen andern auf den Damm, woraus eine Fistel resultirte, erhalten. Zur Zeit der Aufnahme war, da seit dem Unfalle jegliche ärztliche Behandlung gefehlt hatte, die Fractur noch nicht consolidirt; aus der Dammfistel kam mehr Urin, als aus der Urethra. Das Bein war nach 4 Wochen ziemlich fest; um diese Zeit Schmerzen in der Lendengegend, Anfälle von Nierenkolik, Abgang grösserer nnd kleinerer Steine aus der Fistel. Perinealsteinschnitt, dem bald unter heftigen Schmerzen in der Lendengegend Collaps und Tod folgte.

Die Obduction ergab als Ursache für diesen plötzlichen Zufall einen eingekeilten haselnussgrossen Stein im Ureter, da wo dieser aus dem Nierenbecken hervorgeht; ferner einen mit diesem communicirenden, die Niere umgebenden Abscess, der sich mit seiner Oeffnung durch das linke Mesocolon in die Bauchhöhle geöffnet hatte. Die andere Niere war gesund. **H. Braun** (Heidelberg).

J. Boekel. Corps étrangers du rectum.

(Gaz. méd. de Strasbourg 1872. No. 9.)

Ein Mann wurde mit Erscheinungen von innerer Einklemmung in B.'s Spitalabtheilung aufgenommen. Am nächsten Tage erzählte er, er habe sechs Tage früher wegen einer Wette mehr als sechzig Schnecken sammt der Muschel verschluckt, und glaube sie jetzt im Mastdarm zu fühlen. In der That brachte man in der Chloroformnarkose 70 Stück heraus. Der wenig veränderte Zustand der Schnecken machte es aber wahrscheinlicher, dass sie ihm in der Trunkenheit von Kameraden in den Anus hinein gestossen worden waren. **Girard** (Bern).

Pick. Extensive wound of the knee-joint treated by Lister's antiseptic method.

(Med. tim. and gaz. 1875. October 16. p. 456.

Der 18jährige Patient hatte sich mit einer Säge eine schwere Verletzung des linken Knies zugefügt: die 4 Zoll lange, gerissene Wunde hatte die Patella longitudinal durchtrennt, und erstreckte sich über 1 Zoll tief in das Femur. Nach sorgfältiger Reinigung Anlegung des Lister'schen Schellackpflasterverbandes. In den ersten Tagen Fieber. Nach einigen Wochen Incision einer Senkung am Oberschenkel. Heilung in 5 Monaten mit fester Ankylose. **Ranke** (Halle).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Zweiter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 52. **Sonnabend, den 25. December.** **1875.**

Zur Aetiologie der Schenkelhalsfracturen.

Von

Dr. **Riedinger,**

Privatdocent der Chirurgie in Würzburg.

Die von v. Linhart*) und mir**) besprochene Ansicht, dass viele Fracturen des Collum femoris an seiner Insertion in die Trochanterpartie nicht durch Contrecoup entstehen, wie dies von Heppner***) u. A. behauptet wurde, oder durch Gewalten, die entweder

*) Vortrag auf dem letzten deutschen Chirurgen-Congress in Berlin.

**) Riedinger, Studien über Grund und Einkeilung der Schenkelhalsbrüche. Würzburg, Staudinger'sche Buchhandlung 1874.

***) C. L. Heppner. Beobachtungen und Untersuchungen über eingekeilte Schenkelhalsbrüche. Med. Jahrbücher (Beilage zum Wochenblatt der k. k. Gesellschaft der Aerzte) Bd. XVII.

in der Längsrichtung des Schenkelhalses oder der Femurdiaphyse wirken, und den Winkel, welchen beide mit einander bilden, zu verändern trachten, sondern Rissbrüche sind, indem durch starkes Anspannen des Ligament. Bertini beim Rückwärtsbeugen des Stammes und Auswärtsrollen des Oberschenkels die Linea intertrochanterica anterior abgezogen wird, diese Ansicht bin ich nun im Stande durch einen klaren Fall aus meiner Privat-Praxis zu erhärten. Obwohl die Experimente an der Leiche, die ich früher schon beschrieben*), die Ansicht ebenfalls bestätigten, so wird es doch von gewichtigem Interesse sein, auch praktische Fälle anführen zu können.

Am 3. December d. Js. wurde ich zu einem sechzigjährigen Beamten gerufen, der des Morgens, als er nach seinem Bureau gehen wollte, auf der Strasse ausgerutscht, und obwohl er durch starkes Rückwärtsbeugen des Oberkörpers das Gleichgewicht zu halten suchte, auf die linke Seite gefallen war. Nach dem Sturz spürte er starke Schmerzen in der Gegend des rechten Hüftgelenkes und konnte nicht mehr allein aufstehen. Als man ihn aufgehoben hatte, vermochte er noch einige Schritte zu machen, merkte aber unter lebhaften Schmerzen, dass das rechte Bein bedeutend kürzer wurde und hatte beim Auftreten — wie sich der Kranke bezeichnend ausdrückt — das Gefühl, als ob ein Gummiball unter seinem rechten Fusse liege.

Bei der Untersuchung, die ich kurz darauf vornahm, ergab sich Folgendes:

Die rechte untere Extremität war um fast sechs Ctm. verkürzt und nach auswärts gerollt. Der Trochanter major steht rechterseits höher als links und ist nach rückwärts geneigt. Die mit grösster Schonung vorgenommene Flexion und Extension im Hüftgelenk können mit verhältnissmässig geringer, die Rotation nach aussen und innen aber nur mit grosser Schmerzhaftigkeit und sehr beschränkt ausgeführt werden. Die Trochantergegend ist beim Berühren schmerzhaft und fühlt der Kranke längs des ganzen Oberschenkels, sowohl an der Aussen- wie an der Innenseite, ein krampfhaftes und mit Schmerzen verbundenes Ziehen. Crepitation war nur ganz minimal bei der Rotation nach innen zu fühlen, sonst nicht. Selbstständige Bewegungen im Hüftgelenk sind unmöglich und nirgends Sugillationen oder dergleichen zu finden.

Es lag also diesen Erscheinungen nach zu schliessen eine sogen. extracapsulaere Fractur des Schenkelhalses vor und zwar mit Einkeilung des oberen Fragmentes in die Trochanterpartie. Dafür sprachen — im Gegensatz zu einer sogen. implantirten intracapsulaeren Fractur, die bei der Differentialdiagnose allein in Betracht kommen kann — die Schmerzhaftigkeit in der Gegend des grossen Trochanter, das Höher- und Rückwärtsstehen desselben, die Möglichkeit einer ausgiebigen Flexion und Extension im Hüftgelenk, die starke Verkürzung der Extremität und ferner der Umstand, dass die Difformität

*) l. c.

im Laufe der nächsten Tage sich nicht änderte, sondern ganz gleich blieb.

Was nun die Entstehungsweise der angeführten Fractur betrifft, so dürfte dies vielleicht einer der beweisendsten Fälle für die Richtigkeit obiger Ansicht sein. Beim Rückwärtsbeugen des Stammes wurde, durch die Anstrengung des Patienten, das Gleichgewicht zu halten, das Ligament. Bertini rechterseits stark angespannt und riss dadurch den Schenkelhals an seiner Insertion in der Trochanterpartie ab. Da nun der Kranke auf die linke Seite fiel, ein Umstand, den er genau betont und der auch dadurch bestätigt wird, dass die Kleider nur an der linken Seite mit Schnee versehen waren und sich daselbst einige Contusionen befanden, so hätte, wenn durch das Auffallen eine Fractur erzeugt worden wäre, dieselbe auf der linken Seite zu Stande kommen müssen. Da nun aber das Gegentheil eintrat, nämlich eine Fractur auf der rechten Seite, und die Hyperextension des Stammes als das einzige schädliche Moment übrig bleibt und eine Beschränkung dieser Bewegung hauptsächlich durch das Ligament. Bertini bewirkt wird, so kömmt ihm wohl diese Rolle zu, die es um so leichter spielen kann, als, wie ich früher schon erwähnte*), alle Factoren, welche die Festigkeit des Schenkelhalses erhöhen, in Wegfall kommen. Vor allem wirkt die Gewalt von vorn nach rückwärts, also in einer Richtung, wo der Schenkelhals am wenigsten Widerstandsfähigkeit besitzt, da sein grösster Durchmesser von oben nach abwärts liegt, oder mit andern Worten, weil der Schenkelhals von vorn nach hinten platt gedrückt ist und »die Widerstandskraft eines Hebelbalkens mit dem Quadrat seiner senkrechten und nicht seiner horizontalen Dimensionen wächst« **). Dasselbe gilt vom Calcar femorale***). Ausserdem kommen bei dem sechzigjährigen Patienten die senilen Veränderungen hinzu, die nicht blos die Corticalis, sondern auch die Spongiosa sammt dem Schenkelsporn treffen und an und für sich schon auch durch andere Schädlichkeiten Fracturen des Schenkelhalses so leicht erzeugen.

Was nun das Ligament. Bertini anlangt, so ist es jedenfalls stark genug, denselben Act auszuführen, den wir längst am Ligament. carp. volar. propr., am Ligament. rhomboides, am Ligament. lateral. intern. am inneren Knöchel u. s. w. kennen, so dass die Fractur schon zu Stande gekommen ist, ehe die Patienten umfallen, und v. Pitha†) hat gewiss Recht, wenn er sagt, »dass ein leichtes Straucheln, eine plötzliche Abduction des Beines, ein schnelles Aufhalten des fallenden Körpers auf dem ausgleitenden Fusse — auch ohne Fall —

*) l. c.

**) cf. Hyrtl, Handbuch der topographischen Anatomie 6. Auflage. Wien 1872. Bd. II. p. 565.

***) H. J. Bigelow, Mechanismus der Luxationen und Fracturen im Hüftgelenk. Uebersetzt von Dr. E. Pochhammer, Berlin, Hirschwald. 1873.

†) F. Merkel, Betrachtungen über das Os femoris. Virch. Arch. Bd. L. Hft. 2. N. Folge. Bd. IX. Hft. 2.

genüge, eine Fractur am Schenkelhalse zu erzeugen. Der Fall ist dann Folge, nicht Ursache des Bruches«.

Was die Einkeilung und erhebliche Verkürzung betrifft, so scheinen dieselben erst secundär beim Auftreten zu Stande gekommen zu sein, was auch mit den Angaben des Kranken übereinstimmt; obwohl eine Implantation an der Linea intertrochanterica posterior ohne anderweitige Complication sogleich primär auftreten kann. Dieselbe ist jedoch dann meist nur eine geringe.

G. Berghman. Ueber die Behandlung acuter traumatischer Gelenkkrankheiten durch Massage.

(Nord. med. Archiv Bd. VII. No. 13.)

Verf. sucht durch seine Arbeit zu beweisen, dass die gewöhnlichen Behandlungsmethoden acuter traumatischer Gelenkaffectionen mit verschiedenen Unannehmlichkeiten verknüpft seien ohne immer zum Ziel, d. h. Heilung mit vollständiger Beweglichkeit, zu führen. Besonders sei die absolute Ruhe für viele Kranke lästig und oft unmöglich inne zu halten, und gerade diese Ruhe verhindere oder verspäte die Wiederherstellung der freien Beweglichkeit der befallenen Gelenke. Die Massage biete alle Vortheile der gewöhnlichen Antiphlogose ohne deren Nachtheile, sie sei sogar eine antiphlogistische Methode par excellence. Das Ziel der Antiphlogose sei ja, die Blutstase aufzuheben oder zu vermindern und die Resorption oder die Entleerung der zurückgehaltenen Parenchymsäfte oder der ausgewanderten weissen Blutkörperchen zu befördern und zu dem Zweck müsse vor allen Dingen die Thätigkeit der Venen und der Lymphgefässe in Anspruch genommen werden. Das erreiche man am besten durch active oder passive Bewegungen der Muskeln oder durch solche, die eine Reizung der genannten Gefässe zu Stande bringen. Schon in einer früheren Monographie hat Verf. zusammen mit Dr. Hellway (Nord. med. Archiv Bd. V. No. 1) diese Verhältnisse ausführlich erörtert; seitdem hat er durch eine $2^1/_2$jährige Erfahrung die Ueberzeugung gewonnen, dass die theoretischen Anschauungen sich in der Praxis glänzend bewähren.

Verf. hat in der genannten Zeit 145 Fälle frischer traumatischer Gelenkaffectionen, Synovitiden, Distorsionen, Blutergüsse, u. s. w. behandelt, in welchen die Massage immer ein gutes Resultat gegeben hat. Unter diesen 145 Fällen betrafen 70 das Talo-Crural-Gelenk, 8 verschiedene andere Gelenke des Fusses, 41 das Knie-, 10 das Hand-, 5 das Ellenbogen-, 3 das Schulter-, 2 das Claviculo-Acromial-Gelenk, 6 die Finger- und Zehengelenke. Das Alter der Kranken hat zwischen 6 und 70 Jahren gewechselt. Die Zahl der »Sitzungen«, die zur vollständigen Heilung sich als nöthig erwiesen, war verschieden nach dem Zeitpuncte, in welchem die Patienten in die Behandlung traten. In Rücksicht hierauf hat Verf. seine Patienten in zwei Categorien eingetheilt, in solche, die in den ersten 4 Tagen nach

der Beschädigung zur Behandlung kamen — 104 Fälle —, und solche, die sich nach dem 4., aber vor dem 9. Tage der Massage unterwarfen — 41 Fälle. — Zum Vergleich berichtet er dann über solche Patienten, bei denen die Behandlung nach 9 Tagen aber vor 3 Monaten angefangen hat, — 38 Fälle. Die ganz chronischen Fälle sind ausgeschlossen. Es zeigt sich, dass die Heilung um so schneller eintrat, je früher die Behandlung anfangen konnte, und zwar brauchte die erste Reihe im Durchschnitt nur 12,44 Sitzungen, die zweite 17,60, die dritte aber nicht weniger wie 44,68.

Neun Krankengeschichten sind ausführlich mitgetheilt, um zu zeigen, dass auch unter schwierigen Verhältnissen die Massage fast unglaublich schnelle Hülfe bringt. Eine oder zwei Sitzungen waren auch in anscheinend sehr ungünstigen Fällen meistens hinreichend, um den Kranken die active Uebung auch der Gelenke der unteren Extremitäten zu gestatten. Dr. B. hält ebenso wie sein Lehrer K. Metzger, den möglichst frühzeitigen Gebrauch der erkrankten Gelenke für durchaus nützlich.

Nicht wenige von diesen Kranken sind der Gesellschaft schwed. Aerzte während der Behandlung und nach der Heilung vorgestellt worden. **Rossander** (Stockholm).

E. Gurlt. Die Kriegschirurgie der letzten 150 Jahre in Preussen.

(Rede, gehalten zur Feier des Stiftungstages der militärärztlichen Bildungsanstalten am 2. August 1875.)

Berlin, **August Hirschwald.** 1875.

Verf. schildert die Entwicklung der militärärztlichen Bildungsanstalten in Berlin, von der Gründung der später zum collegium medico-chirurg. erweiterten Anatomie und der Charité unter Friedrich Wilhelm I. bis zu der der chirurgischen Pepinière am 2. August 1795, welche letztere wesentlich auf Anregung des damaligen Chef's des Militärmedicinalwesens Johann Görcke entstand. Neben interessanten Seitenblicken auf die frühere sociale Stellung der Aerzte und Chirurgen, welche letztere noch unter Friedrich dem Grossen aus der Barbierstube hervorgingen, erfährt ferner die allmälige Entwicklung des Feldlazarethwesens eine eingehende Beleuchtung. Die grosse Mangelhaftigkeit seiner Organisation während des 7jährigen Krieges war dem Scharfblick Friedrich's des Grossen nicht entgangen, so dass derselbe noch kurz vor seinem Tode einschneidende Reformen anbahnte, die dann von seinem Nachfolger sehr bald wirklich durchgeführt wurden. G. verbreitet sich dann über die Thätigkeit der 3 hervorragendsten Feldärzte des 7jährigen Krieges, Schmucker, Bilguer und Theden, und hebt namentlich die Verdienste Bilguer's um die conservative Chirurgie hervor. Von Interesse ist ferner, das Bilguer schon 1782 (nach dem Vorgange Brocklesby's) die Errichtung leichter Holzbaracken, vornehmlich für Typhus und Ruhrepidemieen empfiehlt, welche im Bairischen Erbfolgekriege sehr

zahlreiche Opfer gefordert hatten. In der Reihe der hervorragenden preussischen Militärärzte folgen Mursinna († 1823), welcher seine Laufbahn ebenfalls noch als Barbiergesell begonnen, und Johann Görcke, welcher 1793 das erste wandelnde Feldlazareth errichtete, die ersten auf Federn ruhenden Krankentransportwagen einführte und die Gründung der chirurgischen Pepinière veranlasste (s. o.). Die Bedrängniss in den unglücklichen Jahren 1806 und 1807 wurde die Veranlassung zur officiellen Inanspruchnahme der freiwilligen Krankenpflege, deren Organisation sich während der Befreiungskriege mächtig entwickelte; die grosse Anhäufung von Verwundeten in Königsberg nach den blutigen Schlachten von Preussisch-Eylau und Friedland machte die Errichtung dreier grosser Baracken nothwendig und gab so den Anstoss zur ausgiebigeren Benutzung von Barackenlazarethen. War somit hierin die Noth eine gute Lehrmeisterin gewesen, so war man sich auf der anderen Seite schon damals der Vortheile eines systematischen Krankenzerstreuungssystemes vollkommen bewusst und machte nach Massgabe der vorhandenen Mittel den umfassendsten Gebrauch davon. Besonders wurde damals der Transport der Verwundeten zu Wasser cultivirt.

Verf. berührt dann die Verdienste F. C. v. Gräfe's, Rust's, v. Wiebel's, Büttner's, Lohmeyers um die Entwicklung des preussischen Militärmedicinalwesens und hebt die fundamentalen Veränderungen hervor, welche dasselbe unter seinem jetzigen Chef erfahren hat. Ein kurzer Hinweis auf die Fortschritte der Wissenschaft (Gelenkresectionen) und der Technik der Krankenpflege im Kriege (Krankenträgercompagnien, Sanitätszüge, Genfer Convention, etc. etc.), deren die neueste Zeit sich rühmen darf, bildet den Schluss der in vieler Hinsicht anregenden und interessanten Arbeit.

Schede (Berlin).

L. Thomas. Traité des opérations d'urgence.

Paris, Adrien Delahaye. 1875.

Nicht für bereits erfahrene Chirurgen hat Verf. sein Buch geschrieben, sondern für diejenigen Aerzte, welche, ohne sich speciell mit Chirurgie zu befassen, doch oftmals, besonders auf dem Land, in die Lage kommen, dringende Operationen ausführen zu müssen; für sie soll es in kurzen und bestimmten Zügen alle Auskünfte enthalten, welche sie nothwendig brauchen. Diesem Zweck gemäss ist auch jede kritische Bemerkung, jede Streitfrage, welche keinen unmittelbaren praktischen Werth besitzt, sowie jeder historische Zusatz mit Absicht weggelassen worden. Befand sich der Verf. gegenüber verschiedenen Operationsmethoden bei der gleichen Indication, so hat er nur diejenige beschrieben, die er nach seiner Erfahrung für die beste hält, manchmal selbst, ohne die anderen anzuführen. Das Buch giebt auf eine Frage nur eine Antwort und wer darin einen Rath sucht, wird somit von der Verlegenheit befreit, zwischen 2 oder 3 Verfahren zu wählen.

Indem Verf. aus praktischen Rücksichten an dieser dogmatischen Schreibweise festhielt, konnte er allerdings der Gefahr der Einseitigkeit kaum entgehen, und in der That liegt darin die Schattenseite des sonst sehr zu empfehlenden Werkes. Für französische Leser hat dies zwar nur geringe Bedeutung, es wird aber den deutschen Lesern um so mehr auffallen; eine Reihe in Deutschland allgemein geübter Operationsmethoden werden z. B. verschwiegen oder höchstens erwähnt, während umgekehrt andere allein angegeben sind, welche deutsche Chirurgen gewöhnlich nicht anwenden; man merkt es hauptsächlich im Capitel der Nothamputationen.

Verf. hat sein Buch in 7 Abtheilungen sehr zweckmässig eingetheilt, welche eben so vielen dringenden Indicationen entsprechen: 1) Blutungen (capilläre, arterielle, venöse); 2) Erstickung (wegen Ursachen in- und ausserhalb der Luftwege); 3) Darmeinklemmungen und Kothverhaltung, Atresia ani; 4) Harnverhaltung; 5) fremde Körper; 6) Amputationen und 7) Anästhesirung. Auf eine genaue Besprechung der Operationsanzeigen, sowie auf eine kurze und klare Darstellung der nothwendigsten anatomischen Verhältnisse, hat Verf. mit Recht viel Gewicht gelegt.

Es ist hier nicht möglich, jedes Capitel eingehend durchzunehmen, es sollen nur einzelne Abschnitte Erwähnung finden. Bei innerer Einklemmung verwirft Th. die Enterotomie vollständig; man soll die Laparotomie vornehmen, indem die schwersten Erscheinungen bei diesem Zustand durch die Darmeinklemmung selbst und nicht von der secundären, an sich nicht so viel bedeutenden Kothverhaltung bedingt sind; die Anlegung des künstlichen Afters würde nur den Folgezustand und nicht die weit schlimmere primäre Affection heben; sie soll für die Fälle von Darmverschliessung ohne Einklemmung reservirt werden.

Ferner will Verf. vom äusseren Petit'schen Bruchschnitt nichts wissen; er verwirft ebenfalls (gewiss mit Unrecht, Ref.) die capillären Punctionen der Blase bei Urinverhaltung, weil man sie öfters wiederholen muss.

In einem Anhang beschreibt Verf. ein compendiöses Instrumenten-Etui, in welchem sich alles befindet, was für irgend eine der Nothoperationen nothwendig sein kann. — **Girard** (Bern).

Deny et Enchaquet. De l'emploi des pinces dans les opérations chirurgicales, envisagées surtout comme moyen d'hémostase (d'après les leçons professées par M. Péan).

(Gaz. méd. 1875. No. 3 u. 4.)

Die Zangen, deren sich Péan (Hôpital Saint-Louis) schon seit längerer Zeit anstatt der üblichen Schieberpincetten zur Blutstillung bedient, haben die Form der gewöhnlichen Kornzange und können durch einen Mechanismus à crémaillère fest geschlossen werden. Die

fassenden Schnäbel sind je nach Bedürfniss verschieden geformt (T-förmig, rhombisch etc.). In einer Anzahl von Fällen, namentlich bei Operationen im Gesicht und an der Zunge, sowie bei der Exstirpation gestielter oder isolirbarer Tumoren erleichtern diese Zangen die präventive Blutstillung. Während der Operationen ersetzen sie vollständig die Schieberpincetten, vor denen sie sich noch durch leichtere Handhabung auszeichnen sollen. Endlich dienen sie in loco gelassen zur definitiven Hämostase und machen die Unterbindung sowie die Torsion der Gefässe vollständig entbehrlich (?). Die Dauer, während welcher sie liegen bleiben, beträgt je nach dem Caliber der Gefässe 6—36 Stunden. Sie werden zwischen den Verbandstücken befestigt und nach der genannten Zeit vorsichtig entfernt. Bei einer grossen Anzahl zum Theil sehr ausgedehnter Operationen, wo in dieser Weise verfahren wurde, entstand nie eine Entzündung, nur ein einziges Mal eine leicht zu stillende Nachblutung. — Eine Anzahl theilweis recht interessanter Krankengeschichten sind beigefügt.

O. Volkmann (Kettwig).

C. Schrauth. Die unverrückbaren Verbände der neueren Chirurgie.

München, **J. A. Finsterlin.** 1875.

Das Hauptverdienst der Arbeit ruht in der Abhandlung über den Wasserglasverband, in welchem Verf. unter andern eine neue eigene Methode der Herstellung desselben beschreibt, die darin besteht, dass durch Wasserglas gezogene Papierstreifen in 4—5facher Lage theils der Länge, theils der Quere nach dem Glied applicirt werden. Wo es wünschenswerth erscheint, werden Verstärkungsschienen aus 3—4fach zusammengelegten Papierstreifen angebracht. Der Verband erhärtet in 4—6 Stunden.

Im übrigen enthält der Aufsatz nichts Originelles, und bringt nur eine allerdings ziemlich vollständige und übersichtliche Zusammenstellung älterer und moderner unverrückbarer Verbände, von der sich freilich die reichliche Hälfte theils ausführlicher, theils auch in wörtlicher Uebereinstimmung bereits in »Szymanowski, der Gypsverband mit besonderer Berücksichtigung der Militärchirurgie, Petersburg 1857« vorfindet, wo auch die bezügliche ältere Litteratur weit sorgfältiger verzeichnet ist. Dies gilt besonders von dem einleitenden historischen Rückblick auf die verschiedensten älteren Versuche zur Herstellung permanenter Verbände, bis incl. der Erfindung des Gypsverbandes durch Matthysen (p. 1—14) von der Beschreibung des Dextrinverbandes nach Velpeau und des Watteverbandes nach Burggraeve (p. 44), des Papierverbandes mit Kleister nach Laugier (p. 46), des Vanzetti'schen Leim- und des Smith'schen Hutfilzverbandes (p. 48 und 49). Dem Abschnitt über den Seutin'schen Kleisterverband hat Verf. einige Citate deutscher und französischer Autoren, sowie einen längeren, wörtlich abgedruckten Passus aus

einer Arbeit seines Vaters hinzugefügt. Auch die Besprechung des Gypsverbandes ist durch Citate aus Nussbaum's chirurgischen Briefen, Port's Studien zur Kriegsverbandlehre, Münzer, eine neue Methode des Gypsgusses und einige Aussprüche von Strohmeyer, Dumreichler, Lücke und Billroth bereichert. — Verf. hat schliesslich eine kurze Beschreibung des Guttaperchaverbandes, des Lorinser'schen Kittverbandes, des Cementverbandes nach Mitscherlich und des Collodiumverbandes nach Luigi Ciniselli hinzugefügt. Die Mischung von Kleister und Gyps nach Safrague, der Gallertverband von Hammon, der Pergamentpapierverband, und der Parafinverband von Lawson Tait werden kurz erwähnt.

Schede (Berlin).

Tillaux. Suture des tendons.

(Séance de la société de chirurgie du 20. janv. 1875.

Einem Manne wurden durch einen Schlag mit einem Haken die Strecksehnen des Ring- und kleinen Fingers zerrissen; die Wunde vernarbte. Pat. fuhr fort zu arbeiten, bis 1 Monat später die 2 genannten Finger in die Hohlhand gebeugt und unbrauchbar waren.

T. operirte unter Zuhülfenahme des Esmarch'schen Verfahrens, konnte aber nur die peripherischen Sehnenenden finden. Er legte nun die Sehne des Mittelfingers frei, machte eine Oeffnung in derselben, steckte wie durch ein Knopfloch die zuvor angefrischten Sehnenenden hindurch, und legte eine Metallnaht an. Die beiden Finger wurden völlig streckfähig.

Polaillon bemerkt, es habe Denonvilliers zuerst den Rath gegeben, die Vereinigung mit den Nachbarsehnen zu versuchen, wenn man das centrale Ende der getrennten Sehne nicht finde. Velpeau berichtet, dass Missa, da er die beiden Enden einer durchtrennten Mittelfingerstrecksehne nicht aneinander bringen konnte, das obere Ende an die Sehne des Zeigefingers, das untere (periphere) an die des Ringfingers befestigte, so dass die Muskeln des letzteren die Bewegung des verletzten Fingers mit vermittelten, was auch gelang. Malgaigne tadelt den ersten Theil der Operation, da die Anheftung des oberen Endes der Mittelfingerstrecksehne an die des Index ersteren in der Unabhängigkeit der Bewegung stören müsste.

Fr. Steiner (Wien).

Siredey. De l'emploi thérapeutique du chlorhydrate de pilocarpine.

(Journ. de méd. et de chir. prat. 1875. October. p. 440.)

Das aus den Summitates jaborandi (von Pilocarpus primatus) dargestellte Alkaloid, Jaborandin oder besser Pilocarpin, hat eine gleichmässigere Wirkung als die Blätter selbst, verhält sich aber etwas anders.

Die Dosis beträgt nach den Untersuchungen von Dr. Dumas (in seiner These) und des Verf. 0,03—0,12, wobei toxische Wirkungen

nicht zu fürchten sind. Besonders hervortretend ist die Einwirkung des Mittels auf die Speicheldrüsen, die bald nach dessen Einverleibung beginnt, so dass durch etwa 5 Stunden eine rasch anschwellende und dann langsam schwächer werdende Salivation besonders aus den Submaxillardrüsen andauert, durch die im Mittel etwa 755 Grm. Speichel entleert werden. 1 Stunde nach Beginn der Salivation bricht starker Schweiss aus, der durch 4 Stunden langsam abnimmt.

Dabei ist gewöhnlich galliges Erbrechen vorhanden, die Urinsecretion stark vermindert, der Puls langsam, die Temperatur herabgesetzt, die Pupille dilatirt.

In therapeutischer Hinsicht sind bisher nur Versuche ohne feste Resultate unternommen. **Pagenstecher** (Elberfeld).

C. Bernard. Leçons sur les anesthésiques et sur l'asphyxie.

Paris, G. Baillière. 1875. 536 S. mit Abbildungen.

Das Buch ist aus der Umarbeitung und Vervollständigung von Vorlesungen hervorgegangen, welche B. 1869 und 1870 am College de France gehalten hat. Es verbreitet sich in 18 Capiteln über Chloroform, Opium, Chloralhydrat und Kohlenoxydvergiftung. Zahlreiche Excurse handeln mehr oder minder vollständig vom Aether, von den Alkaloiden des Opiums, von den Absorptionsverhältnissen der serösen Häute, der Lungen- und der Darmfläche, vom Schlaf, sowie von vielen anderen das Hauptthema streifenden Dingen, welche in der Kürze nicht aufgezählt werden können. — Die von dem berühmten Autor auch gelegentlich seiner früheren Arbeiten beliebte Form der directen Ansprache wirkt durch Frische und Eindringlichkeit. Zu bewundern bleibt die Manier, wie aus einigen wenigen einfachen Versuchen eine grosse Reihe von Thatsachen mit zwingender Consequenz abgeleitet wird. Man würde aber irren, wenn man in dem Gebotenen einen Abriss der sichergestellten Errungenschaften über besagte Gegenstände zu finden meinte. Der Verf. lässt sich meist selber reden und hat die ausserordentlich umfängliche Litteratur der Narcotica nur in äusserst fragmentarischer Weise herangezogen und gesichtet. Die Folge davon ist, dass auch wichtigste Thatsachen bisweilen kaum angedeutet, oft aber in einer Weise interpretirt werden, welche unsern augenblicklichen Anschauungen nicht mehr entspricht. Daneben finden sich Irrthümer vertheidigt, deren Widerlegung bereits vor Jahren gelungen ist.

Wirklich Neues wird auch der Physiologe und Pharmakologe nur in bescheidenem Maasse und auf Gebieten finden, welche denen in diesem Blatte zu berücksichtigenden gar zu fern liegen. —

Nach des Ref. Ansicht handelt es sich also um eine Reihe geistvoll geschriebener Essays, die für die Eigenartigkeit C. Bernard's wohl Zeugniss ablegen können, die aber weder gründlich belehren noch wesentlich neue Gesichtspuncte eröffnen.

Wilh. Koch (Berlin).

A. Langgard. Vergleichende Untersuchungen über Frauen-, Kuh- und Stutenmilch.

(Virch. Arch. Bd. LXV. p. 1.)

Nachdem die über den Unterschied der Menschen- und Kuhmilch angestellten Untersuchungen bisher sich darauf beschränkt hatten, die quantitativen Verhältnisse der Bestandtheile beider festzustellen, die nicht unerheblichen Differenzen in der procentischen Zusammensetzung zu kennzeichnen, hat Biedert (Giessen) auch auf die qualitativen Differenzen hingewiesen und gezeigt, dass der wesentlichte Unterschied in der chemischen Verschiedenheit der beiden Caseïnsorten bedingt ist. Kuhcaseïn reagirt sauer, Menschencaseïn neutral oder leicht alkalisch, ersteres ist im Wasser fast unlöslich, letzteres löslich. Verdauungsversuche zeigten, dass das Menschencaseïn in weit kürzerer Zeit, als das Kuhcaseïn verdaut wird. Diese und andre Befunde Biedert's hat L. bestätigt, zugleich aber, da er Milchsorten aufzufinden suchte, die in ihrem Verhalten mehr der Frauen- als der Kuhmilch ähnlich sind, die Chemie der Stutenmilch untersucht. Als wesentlich sei erwähnt, dass das Stutencaseïn verschieden vom Kuhcaseïn, mit dem Menschencaseïn zwar nicht identisch ist, jedoch demselben in seinem chemischen Verhalten sehr nahe steht. Verdauungsversuche ergaben, dass das Stutencaseïn weit leichter als das Kuhcaseïn und fast eben so schnell wie das Frauencaseïn verdaut wird. Stutenmilch, oder da diese schwer zu beschaffen ist, ein aus ihr hergestelltes Präparat als Kindernahrung zu verwerthen, erscheint hiernach nicht unrationell. **Madelung** (Bonn).

M'Call Anderson. Galvanopunctur bei Aorten-Aneurysmen.

(British med. Journal 1875. Vol. II. p. 517.)

Verf. knüpft an die ausführliche Besprechung zweier eigener Beobachtungen Rathschläge für die technische Ausführung. Obwohl inducirte und continuirliche Ströme mit Erfolg angewandt sind, so räth er entschieden zu letzteren, die milder, weniger entzündungserregend wirken; er selbst benutzt die grosszellige Stöhrer'sche Batterie. Viel Gewicht legt er darauf, dass die in das Aneurysma einzuführende Nadel bis $1/2''$ von der Spitze entfernt mit isolirender Schicht überzogen sei, damit jegliche Reizung in den Weichtheilen und den Gefässhäuten vermieden werde; den Misserfolg in einem früheren Falle schreibt er der Nichtbeachtung dieser Vorsichtsmaassregel zu. Stets sei die eingeführte Nadel mit dem positiven Pole zu verbinden, weil dieser ein kleines aber festes Coagulum gebe, während der negative Pol eine reichliche, weiche Gerinnung liefere. Er räth darum auch nur die eine Nadel einzuführen und den negativen Pol in der Umgebung der Geschwulst auf die Haut zu appliciren; die Ströme selbst sollen nicht zu stark sein und die Sitzungsdauer nicht zu lange währen. Die Dauer der Intervalle zwischen zwei Sitzungen hängt natürlich

von dem erreichten Effecte ab; doch pflege das durch die Electrolyse gesetzte Coagulum anfangs noch zuzunehmen. Die gehegte Besorgniss, dass durch sich loslösende Gerinnsel Embolieen hervorgerufen und die sich bildenden, im Blute weiter kreisenden Gase schädlich wirken könnten, haben sich nicht bestätigt; dagegen dränge sich eine neue Frage auf, ob die Consolidirung in einem besonders oberflächlich gelegenen Theil nicht einer Ausdehnung in einer anderen Richtung Vorschub leiste. — Von den Fällen selbst möge Folgendes erwähnt werden. Die eine Stunde dauernden Sitzungen geschahen bei dem 36jährigen Manne am 12. und 23. Januar, 8. Februar und 16. April; die Puncturnadel war mit dem positiven Pole einer 4—8 Elemente enthaltenden Batterie verbunden und zwar wurden die erste halbe Stunde 4—6, die zweite 6—8 Elemente benutzt; während der Punctur bestanden keine Schmerzen, doch folgten sie derselben in mässigem Grade nach. Ausser der subjectiven Erleichterung bewirkten die 4 Sitzungen Verkleinerung des härter gewordenen Tumors, der nicht mehr die Körperoberfläche überragte, sodann Abschwächung der Pulsation und Aufhören des über dem Tumor bestandenen Geräusches. Im 2. Falle, der $1^1/_3$ Jahr später zur Section kam, hatten 4 Sitzungen am 4., 9., 28. April und 27. August die Verkleinerung der fest gewordenen Geschwulst auf $^1/_4$ ihrer Grösse bewirkt; die Pulsation und das Geräusch waren viel schwächer geworden. Pat. hatte, aus dem Hospitale ausgetreten, schwere Arbeiten trotz ärztlichen Abrathens von Neuem verrichtet und sich argen Schädlichkeiten ausgesetzt. Die Section ergab, dass das Aneurysma die pars desc. und transv. des Arcus Aortae umfasste und complet erfüllt war mit dichten, blassen, schichtweise gelagerten Fibrinmassen; das Blut hatte sich einen schmalen Gang zwischen Gerinnsel und Gefässwand geschaffen; Perforation in die linke Pleurahöhle. **Pilz** (Stettin).

W. Hack. Beiträge zur Exarticulation des Fusses nach Syme. Aus der chirurg. Klinik zu Heidelberg.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. V.)

Simon übt die Syme'sche Operation mit der Modification, dass er vom Unterschenkel nur die Malleolen absägt, aber die Gelenkfläche der Tibia vom Knorpel bedeckt zurücklässt, wenn sie nicht erkrankt ist.

Es wird dadurch die Gehfläche möglichst breit, bei noch nicht erwachsenen Individuen wird das Längenwachsthum des Unterschenkels nicht gestört und der zurückbleibende Knorpel verzögert die Heilung nicht. Verf. berichtet über 6 Fälle, in welchen Simon die Exarticulation noch Syme vornahm; wiederholt wurde ödematöse, entzündlich infiltrirte und von Fisteln durchsetzte, auch stark gequetschte Haut zur Lappenbildung verwendet, ohne dass der Erfolg dadurch beeinträchtigt worden wäre. In 3 Fällen war der Lappen zu gross gebildet, was die Anheilung desselben verzögerte. 2 Mal

wurde er nachträglich verkleinert und dann Heilung erzielt, das 3. Mal, wo vom Unterschenkel ein Stück von $2^1/_2$ Ctm. abgetragen worden war, löste S. den Lappen nachträglich wieder und liess ihn durch 4 Wochen frei herabhängen, worauf derselbe so geschrumpft war, dass er gerade passte. Auch hier wurde ein brauchbarer Stumpf erzielt. In keinem der 6 Fälle wurde der Lappen gangränös.

Gersuny (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

P. Berger. Exostoses multiples sur une persoñne âgée.

(La France médicale 1875. No. 46 u. 47.)

Die Beobachtung multipler Exostosen der Epiphysen mit Nekrosirung eines dieser Tumoren bezieht sich auf eine Frau von 57 Jahren, die sich in Folge von Knoten in der Nähe der Gelenke (Zwiewuchs) während ihrer 10 ersten Lebensjahre nur kriechend fortbewegt hatte. Später war sie aufrecht gegangen, obwohl die Geschwüre allmälig wuchsen und hatte nur mit Beginn der Menstruation im 18. Jahre von Neuem Beschwerden, die nach einem Jahre etwa aufhörten. Vor 8 Monaten stiess sich Pat. an die linke Fersengegend; seither wieder Schmerzen daselbst. Behandlung mit Einreibungen, — Entzündung der Umgebung — Aufnahme ins Spital.

Es zeigt sich unten an der hinteren Seite des linken Unterschenkels ein Vorsprung wie bei Luxation des Fusses nach vorn. Gelenkbewegungen normal. Haut über dem Tumor und Umgebung geröthet, eine Ulceration führt in eine Höhle im Tumor.

An der oberen Epiphysenlinie der rechten Tibia, am Capitulum fibulae (Ansatz des adductor III. — Praedilectionsstelle) und der unteren Epiphyse des Femur derselben Seite ähnliche Geschwülste; am linken grossen Trochanter ein 4 bis 5 Ctm. hoher, nach hinten hakenförmig gekrümmter Fortsatz. Entstehung in frühester Jugend, Aufhören des Wachsthums nach der Evolution und Lage der Geschwülste sprechen für multiple Exostosen der Epiphysenlinien bei einem früher rachitischen Individuum. Zur Erklärung der bei einer der Exostosen eingetretenen Nekrosirung nimmt Verf. an, es führen diese Geschwülste gewissermassen ein selbständiges Leben und altern früher, als das übrige Knochengerüst, in Folge geringfügiger Noxen fallen sie dann der Nekrobiose anheim.

Der Tumor am linken Unterschenkel wird abgemeisselt; die jauchende Höhle enthält mehrere Sequester, ist von einer festen Knochenschale mit Periost umgeben. Kleinere Tumoren in der Nähe zeigen einen Knorpelbelag und Spongiosa im Centrum.

Im Laufe von 2 Monaten tritt Heilung ein; Pat. kann jetzt ohne Beschwerden gehen.

A. Genzmer (Halle).

Martinez del Rio. Transfusion du sang.

(Séance de la Société de chirurgie du 3. févr. 1875.)

Bei einer Dame, die an erschöpfenden Blutungen in Folge eines Uteruspolypen litt, hatte M. den Polypen ohne besonderen Blutverlust ecrasirt; trotzdem bekam Pat. darnach schwere Ohnmachtsanfälle, Collaps.

Bellina transfundirte in eine Armvene der Pat. 300 Grm. defibrin. und filtrirtes Blut. Rasche Erholung.

Fr. Steiner (Wien).

A. Jung. Die Neurosen nach acuten Krankheiten.

Inaug.-Diss. Breslau 1875.

Ausser Bekanntem enthält diese Diss. 4 von Oscar Berger beobachtete Fälle von 1) Hemiplegie nach Dysenterie: Ein 27jähriger Soldat stürzte während

der Reconvalescenz von schwerer Dysenterie plötzlich bewusstlos zusammen und zeigte beim Erwachen Lähmung der ganzen rechten Körperhälfte, welche $1/2$ Jahr später noch in hohem Grade fortbestand und eine bedeutende Herabsetzung der electrocutanen Sensibilität, nicht aber der electromusculären Contractilität erkennen liess. 2) Hemiplegie nach Variola: Eine 34jährige Arbeiterfrau zeigte im Beginn der 3. Woche einer leichten Variola plötzlich Hemiplegie rechts ohne alle Cerebralsymptome, ohne Facialis- und Hypoglossus-Lähmung und ohne Sprachstörung, mit völlig intacter Sensibilität aber leichter Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit. Nach $4^1/_2$ Jahren bestand noch Parese der unteren Extremität, während die der oberen schon in den ersten Wochen zurückgegangen war. Der Heerd ist wahrscheinlich in der inneren Kapsel zu suchen. 3) Hemiplegie nach Typhus. Bei einem 25jährigen Soldaten in der 3. Woche der Erkrankung mit Bewusstlosigkeit eingetreten. 4) Isolirte Lähmung des linken Deltamuskels bei acutem Gelenkrheumatismus mit rasch zunehmender Atrophie und Herabsetzung der galvanischen und faradischen Erregbarkeit.

Seeligmüller (Halle).

Wilkes. Carbuncular inflammation of the lip.

(Med. tim. and gaz. 1875. September 4. p. 263.)

3 Fälle von tödtlich verlaufenen Karbunkeln der Oberlippe, betreffend einen 33jährigen Mann, eine 34jährige Frau und einen 74jährigen Mann. W. macht darauf aufmerksam, dass die Krankheit in den 3 Fällen geschwächte Individuen betraf, und bei auffallend schlechtem Wetter begann. **Ranke** (Halle).

A. Baader. Acute Verblutung bei Scharlach.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1875. No. 21.

Es werden davon 3 Fälle mitgetheilt.

1) Rachendiphtheritis, Verjauchung der Halsdrüsen, Arrosion der Carotis interna, Perforation in den Rachen.

2) Rachendiphtheritis, Verjauchung der Halsdrüsen, Arrosion der Jugularis externa.

3) Rachendiphtheritis, Otitis media, Nekrose des Felsenbeins, Arrosion des Sinus transvers. **Girard** (Bern).

Barton. Stricture of the Colon and of the Pylorus. Colotomy.

(The Dublin Journal of med. science 1875. Mai. p. 485.)

Patient litt seit Wochen an Verstopfung, für welche keine Ursache zu finden war. Leib ausgedehnt, in den Seiten schmerzhaft; rechts Schall gedämpft, links hell. Finger per rectum lässt ebensowenig, wie eine 18 Zoll weit eingeführte Sonde, etwas Bestimmtes feststellen. Da trotz Abführmittel die Verstopfung anhielt, Erbrechen noch dazu kam, entschloss man sich zur Colotomie in der rechten Seite. Tod am folgenden Tag.

Bei der Section fand man neben ausgedehnter Peritonitis am Anfang des Colon transversum eine enge Stelle, durch eine auf 3 Zoll weit eingelagerte rigide Masse bedingt, die B. für ein entzündliches Depositum hält; eine geringe Stenose durch eine ähnliche Substanz bedingt, wurde am Pylorus entdeckt.

H. Braun (Heidelberg).

M. Marboux. D'une conséquence rare de la contusion du perinée.

(Revue médicale de l'Est 1875. Nancy, Novembre.)

Ein Unterofficier fällt beim Turnen auf eine hölzerne Barrière und sofort zeigt sich eine bedeutende Haematocele des Scrotums, sowie ein bedeutender Bluterguss am Perineum. Durch Ansetzen von Blutegeln wird local eine Besserung herbeigeführt und während der ersten fünf Tage ist der Verlauf ein ganz regelmässiger. Am sechsten Tage erfolgt eine neue Blutung, die eine prall gespannte Geschwulst am Perineum zur Folge hat. Es wurden wiederum Blutegel (!) angesetzt, die dem Kranken zwar Erleichterung verschafften, aber local keine wesentliche Aenderung zur Folge hatten. Am folgenden Tage erfolgte ein neuer noch bedeutenderer Bluterguss, so dass die Hautdecken auf das Aeusserste gespannt waren, und das

Perineum, so zu sagen, nur eine einzige grosse Blutbeule darstellte. Die Collapserscheinungen von Seiten des Patienten lassen das erneute Ansetzen von Blutegeln nicht mehr als zweckmässig erscheinen; es werden kalte Umschläge gemacht, die Blutung steht, nach 14 Tagen ist fast vollständige Resorption eingetreten.

Die Quelle der Blutung hält Verf. aus den Symptomen und der Beschaffenheit der Perinealgeschwulst für eine venöse, weiss aber die Ursachen dieser Nachblutungen nicht näher anzugeben. Auffallend war es nach dem Verf., dass durch den Fall auf das Perineum die sonst so gewöhnliche Verletzung, nämlich der Urethra, nicht zur Beobachtung kam. — **Sonnenburg** (Strassburg i./E.)

J. Felix. De l'opération de la fistule à l'anus par la section linéaire avec les fils-sétons.

(Annales de la Société médicale de Gand 1875. Mai.)

Das obige Verfahren zur unblutigen Spaltung von Analfisteln besteht darin, dass ein starker, am besten seidener Faden durch die Fistel geführt, und dann in sägeartigen Zügen sehr rasch hin und her gezogen wird. In wenigen Secunden erfolgt die Trennung der Gewebe ohne Blutung; zur Vermeidung der Schmerzen genügt die Localanästhesie.

Eine Nachahmung der Pajot'schen Methode der Embryotomie. Ref.)

Girard (Bern).

A. Jastrow. Klinisches über Myome des Uterus.

(Inaug.-Diss. 19 S.)

Von 9 im Sommersemester 1875 in der Breslauer gynäkologischen Klinik zur Beobachtung gekommenen Myomen des Uterus werden die kurzen Krankengeschichten mitgetheilt. Die im Anschluss daran gegebenen Bemerkungen über Aetiologie, Symptomatologie nnd Therapie der Myome enthalten durchweg nur Bekanntes. **O. Volkmann** (Kettwig).

Byrd. A new instrument to simplify and facilitate the operation for Vesico-Vaginal-Fistula.

(New-York med. Journal 1875. p. 259.)

Um bei Operationen von Blasenscheidenfisteln den Verfall der Blasenwand in die Fistelöffnung zu verhindern, benutzt B. einen kleinen Gummiballon von der Art, wie sie als Spielzeug für Kinder überall zu haben sind. Derselbe wird durch ein Schaltstück von einem härteren Gummischlauch mit einer dünnen elastischen Röhre verbunden. Das Ende derselben wird an einem Draht durch die Fistelöffnung in die Blase und dann zur Urethra herausgeleitet und angezogen, bis der Ballon in der Blase liegt. Füllt man nun denselben mit kaltem Wasser, so wölben sich die Fistelränder hervor und man kann sie leicht abtragen.

Zum Schluss soll sich der ganze Apparat nach Abfluss des Wassers leicht durch die Urethra entfernen lassen.

Bei zwei nicht vom Verf. selbst ausgeführten Operationen wurde dieses Verfahren mit Erfolg angewendet. **Hurm** (Bonn).

K. Gurbski. Elephantiasis der rechten Schamlefze.

(Gazeta lekarska 1875. 19. Juli. polnisch.)

G. operirte bei einer 70jährigen Jüdin die elephantiastisch degenerirte Schamlippe, die gegen ein Pfund wog und in den letzten drei Jahren sich entwickelt hatte. Heilung. — **Obalinski** (Krakau).

R. M'Donnell. Sarcoma of the Tibia.

(The Dublin Journal of med. science 1875. August. p. 160.)

Vor 8 Monaten hatte der 21 Jahre alte Kranke, der im December vorigen Jahres in Steeven's Hospital in Dublin aufgenommen wurde, einen Stoss ans Bein erhalten, der ihm heftige Schmerzen verursachte. Es wurde damals eine Probe-

punction gemacht, die zwar keine Ansammlung unter dem Periost ergab, trotzdem aber ein Verschwinden der Schmerzen zur Folge hatte. Jetzt kam der junge Mann äusserst anämisch und schwach mit einer enorm grossen, blutenden Geschwulst ins Spital. Amputation; Heilung ging rasch vorwärts. Urin zeigte Eiweiss, kein Blut; es traten ferner Schmerzen auf der linken Seite des Rückens ein; schwere Athmung, ohne dass Pleuritis, Pneumonie nachweisbar war; auch Blasenblutungen stellten sich später noch ein. Vor 14 Tagen wurde das gesunde Bein plötzlich gelähmt, sein Gefühl bedeutend vermindert, das Wärmegefühl ging ganz verloren; Reflexbewegung ziemlich gut auslösbar. — Tod erfolgte bald. — Bei der Obduction fand man die Blase ulcerirt, ihre Wandung verdickt; zwischen Blase und Mastdarm lag ein Tumor, der aus denselben kleinen Rundzellen zusammengesetzt war, wie die Geschwulst der Tibia; ein gleicher Knoten fand sich in der Lunge und im Rückenmarkscanal, durch letzteren liefen zwei sehr verdünnte Dorsalnerven. Nieren gesund, Leistendrüsen kaum vergrössert. **H. Braun** (Heidelberg).

Elliot. Aneurysma femorale.

(Lancet 1875. Vol. II. p. 412.)

Ein schwächlicher 37jähriger Artillerist fühlte einige Tage, nachdem er schwere Gegenstände gehoben hatte, Steifigkeit im linken Beine, besonders vom Knie bis zur Hüfte hinauf, welche Erscheinungen an Stärke zunahmen; schon am 2. Tage zeigte sich in der Leistengegend eine hühnereigrosse, klopfende Geschwulst; jetzt am 6. Tage maass dieselbe im Scarpa'schen Dreieck gelegen 4″ in der Länge und 5″ in der Breite; sie reichte bis unter das Poupart'sche Band. Die einige Stunden täglich durchgeführte Digitalcompression und locale Anwendung von Eis wurde nicht lange ertragen, ebenso wenig starke Flexionsstellung; intermittirende Compression mit Tourniquet führte auch zu keinem Ziele; unterdessen war der aneurysmatische Tumor grösser geworden, die Haut darüber geröthet, das Geräusch in ihm viel lauter, die Pulsation heftiger. In der Narkose wird ohne besondere Schwierigkeit die Ligatur der Iliac. ext. gemacht; sogleich erlischt der Puls im Sacke und in den abwärts gelegenen Gefässen; schnell treten peritonitische Erscheinungen auf; die linke Extremität ist 5° F. kühler; am 4. Tage erfolgt der Tod. Section: die Operationswunde oberflächlich verheilt, in der Tiefe breitet sich eitrige Infiltration zwischen den Muskeln aus; von der Darmbeingrube ab ist das Peritoneum bis zur Niere hinauf entzündet; ebenso einige Darmabschnitte. Das Aneurysma $3^1/_2$″ lang und breit hatte einen Umfang von 9″; sein Inhalt flüssig; die Ligatur lag fest an der Iliaca ext. 2″ über dem Anfange des Sackes; die Art. fem. war $1^1/_2$″ weit in die Bildung des Sackes hineingezogen und zwar bestand derselbe nur aus der Adventitia, die Media und Intima des Gefässes waren zerrissen; die Ven. fem. war dem Sack adhärent, die art. prof. fem. war atheromatös; geringe Atherose an der Valv. mitr. und Aorta. **Pilz** (Stettin).

Guy's hospital. Webbed fingers.

(Med. tim. and gaz. 1875. October 16. p. 443.)

Deformitäten an den Fingern waren bei Vater und Onkel, und bei 3 Geschwistern der 16jährigen Patientin vorhanden. Bei ihr handelte es sich um Trennung des vollständig durch Weichtheile verbundenen 2. und 3. Fingers linker Hand. Die Finger wurden durch zwischengeschobene carbolisirte Gaze an der Wiedervereinigung gehindert; es gelang die Trennung bis zur Mitte der ersten Phalanx dauernd zu erhalten. **Ranke** (Halle).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Hierzu **Titel** und **Register** für Jahrgang 1875.

5024 010





